

84

SULLA
GASTRO-ISTEROTOMIA

PER

GIUSTINO MAYER.

R. BIBL. NAZ.
Vitt. Emanuele III

Race.
Saladino

is

151

NAPOLI

al Chiar.^{mo} Prof. Palladino Giovanni
in attestato d'onore
L'autore

SULLA
GASTRO-ISTEROTOMIA

Racc. Eschimo B. 1867

SULLA GASTRO-ISTEROTOMIA

PER

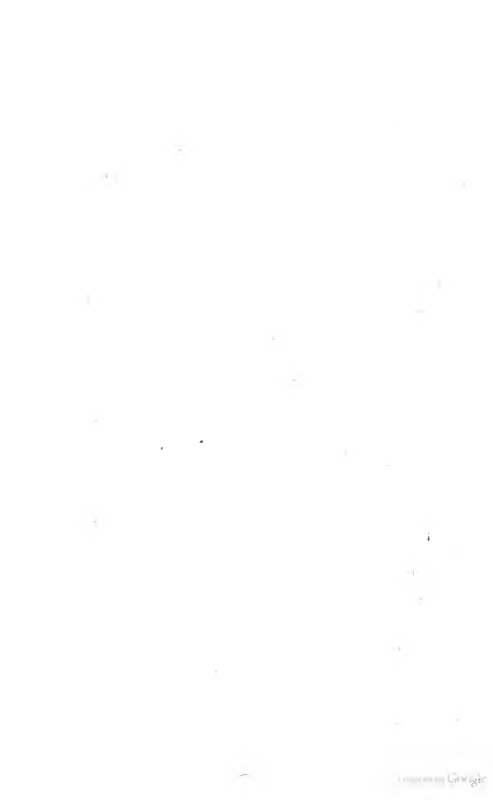
GIUSTINO MAYER

PROFESSORE PRIVATO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA,
E MEDICO ORDINARIO DEL SIFILICONIO.

Tesi di concorso
per la Cattedra di Ostetricia e Clinica ostetrica
nella Università di Napoli.



NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO GHIO
4867



DEFINIZIONE

Quando è assolutamente impossibile il parto per le vie naturali, o il feto non può venir fuori senza essere sacrificato, lo si estrae mediante una incisione praticata alle pareti utero-addominali; alla quale operazione, con voce derivata dal greco, si è dato il nome di *gastro-istero-tomia*. Fu detta in altro modo *laparo-isterotomia*, *isterotomia*, *sezione cesarea*, *taglio cesareo*, *parto cesareo*.

Da alcuni si è voluto dire *operazione cesarea* anche la incisione fatta sulla vagina e sul segmento inferiore dell'utero, distinguendola col nome di *cesarea vaginale* dall'altra, che si vorrebbe appellarla *cesarea addominale*. Questa seconda operazione però va meglio detta *vagino-isterotomia*, o *elitro-isterotomia*.

Si è pure confusa la *operazione cesarea* propriamente detta con la semplice incisione delle pareti addominali, quando, per gravidanza extrauterina, od in seguito a rottura dell'utero, si è obbligati di estrarre il feto attraverso le pareti addominali. Questa operazione però dicesi *gastrotomia*, e pare che oggi si vada di accordo nello studiarla separatamente.

Il nome di *operazione cesarea* deve ritenersi come sinonimo di *gastro-isterotomia*, e di questa esclusivamente intendo occuparmi in questo lavoro.

PARTE STORICA.

La gastro-isterotomia, prima che sulla donna vivente, si era già da tempo remotissimo praticata sul cadavere di donna morta negli alti mesi di gravidanza, o durante il travaglio del parto.

Non si è di accordo nel determinarne la origine, che si perde nella notte del tempo. Qualcuno si è compiaciuto riferirla ai tempi mitici, asserendo che *Bacco* fosse da Mercurio a questo modo estratto dal ventre di sua madre *Semele*; ¹ i Romani ritenevano per tradizione, che *Esculapio* fosse estratto dal ventre di sua madre da *Apollo* (Ovidio). Allo stesso modo credevasi vanissero alla luce *Lico* (Virgilio), *Asclepiade* e *Dionisio*.

Nella *legge regia*, attribuita a *Numa Pompilio*, questa operazione era solennemente imposta: « negat lex regia mulierem, quae
• praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur:
• qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse vi-
• detur. » ² *Plinio* afferma che molti uomini illustri nacquerò per questa operazione: « Auspicatus, enecta parente gignuntur: sicut
• Scipio Africanus prior natus, primusque coesarum, coeso matris
• utero, dictus, qua de causa et coesones appellati; simili modo
• natus est Manilius, etc. » ³ E, volendo aggiustar fede al MANSFELD, ⁴ il taglio cesareo sarebbe stato praticato anche dagli Ebrei.

Siccome le Leggi romane furono e norma, e fonte purissima, in cui attinsero tutte le altre Legislazioni, la legge di *Numa Pompilio* venne consegnata in quasi tutti i codici posteriori. La Chiesa Cristiana la mantenne per amministrare il battesimo; e molti Sinodi e Concili ⁵ ne comandarono la esecuzione. Nel *Corano* si trovano simili precetti; nel *Talmud* e nelle *Misnajat* è scritto, che il bambino nato mediante la sezione del ventre non ha dritto alla

¹ SCHWEIGHAEUSER: *Archives* t. 1, p. 218. — ² *Digest*, lib. 11, tit. 7, etc. —

³ *Hist. nat.* lib. 7, cap. 9. — ⁴ *Ueber d. alter des Bauch. u. Gebarm-Schittis an Leb.* Braunschw—1824. — ⁵ TH. RAYNAUD, e SOC. JESU, *De ortu infant. contra natur. per sect. caesar.* tract. Lugd. 1837. — CANGIAMI: *Embriologia Sacra*. Milano 1751-4.

primogenitura. Nel secolo decimosettimo un *senatusconsulto* della gloriosa *Repubblica Veneta* decretò pene severissime contro chi non operasse sulla donna morta, o giudicata per tale, con le stesse precauzioni che si userebbero durante la vita. Nel secolo decimottavo un Re di Sicilia volle dannati a morte i Medici che trasandassero la operazione su donna morta negli ultimi mesi di sua gravidanza. Ed oggi, senza tema di essere smentiti, possiamo affermare, che presso tutti i popoli civili non si lascia mai trascurata la gastro-isterotomia sul cadavere di donna morta a gravidanza inoltrata, od in travaglio di parto; eseguendola sempre non altrimenti che sulla donna vivente.

GUY DE CHAULIAC,¹ che sembra essere stato il primo a descrivere la operazione da praticarsi sul cadavere, crede che essa abbia preso la denominazione da *Giulio Cesare*, che si vuole esser venuto in tal guisa alla luce del giorno. Altri credono invece che la famiglia dei *Cesari* traesse appunto dalla operazione il suo nome. WAIDEMAN² e SPRENGEL³ fecero molte investigazioni per chiarire la questione; ma, siccome le loro ricerche nulla offrono di positivo, siamo astretti a confessare che la etimologia della parola *cesarea* è ravvolta nelle tenebre, come la origine di questa operazione.

Non minore incertezza s' incontra nel voler precisare l'epoca *storica* in cui fu eseguita per la prima volta sulla donna vivente. MAXSFELD, contro la opinione dei più, che fissa l'epoca della gastro-isterotomia alla fine del secolo decimoquinto, crede, sulla fede di scritture ebraico-rabbinate, che la operazione fosse in uso da gran tempo. Egli riferisce che nel *Talmud*, scritto nel quarto e quinto secolo, si legge: « la donna assoggettata al taglio del fianco è dispensata dall'osservanza dei giorni di purificazione. » MOSES BEN MAIMONIDE, morto nel 1207, scriveva: « la donna che non può partorire per le vie naturali, la si sgrava praticando un'apertura nel fianco. » Il primo caso autentico sarebbesi verificato, secondo GOULIN, nel 1424, in persona di una Signora di Craon; o nel 1491 per quanto afferma il LAGE. — CASP. BAUHIN⁴

¹ *Grand chir.* Trad. de JOUBERT. ROMA 1649, p. 392. — ² *Comparat. inter. sect. caesar.* ecc. 1779. — ³ SCHWEIGHAEUSER. *Arch.* ecc. t. 1, p. 217. —

⁴ *Trad. latina del ROUSSEY.* Basilea 1582.

riferisce, che, nel 1500, una donna di Siegershausen, abbandonata da parecchie levatrici, ed operata dal castraporci I. Nufer suo marito, si ristabilì così bene da sgravarsi felicemente dopo pochi anni, di due altri bambini; e di *Elisabetta Turgois* narra che, operata con pieno successo, si sgravò in seguito per le vie naturali di altri quattro bambini. Dicasi lo stesso di *Nicolina Beranger*, di cui parlano PARÉ e DE SCHENK,¹ la quale, due anni dopo, avrebbe dato alla luce una femmina, e poi un maschio.

A questi racconti non si può, in buona logica, accordar piena fede; infatti come ammettere che queste donne, dopo di aver dovuto subire la operazione nel primo parto, figliassero in seguito naturalmente? Nè maggior fede meritano i casi riferiti da LENOIR e LEBRUN, da COLOT, e d'ALIBAX DE SENS.

ROUSSET² pel primo pubblicò un trattato scientifico sulla gastro-isterotomia, nel quale fa menzione di molti casi praticati con felice esito sulla donna vivente.

Le ragioni da lui addotte in favore della operazione sono talmente seducenti, che riuscì con la sua opera ad affascinare le menti in modo superlativo; fu tale l'entusiasmo suscitato fra i Chirurghi della sua epoca, che la operazione fu praticata troppo spesso, e molte volte senza indicazione.

BAUHIN, nella sua traduzione latina dell'opera del ROUSSET, ne aggiunge sei casi, che sarebbero stati coronati egualmente da favorevole risultato.

Bentosto però si elevarono contro la dottrina del ROUSSET parecchi valentissimi chirurghi, tra i quali mi piace ricordare PARÉ³ GUILLEMAU,⁴ MARCHANT, VIARD, BRUNET, MAURICEAU,⁵ PEU,⁶ DIONIS ecc.⁷ Nella seconda metà del secolo decimottavo, dietro il successo ottenuto da RULEAU,⁸ il parto cesareo venne richiamato in onore; e vi contribuirono moltissimo i pregevoli lavori del SIMON.⁹

¹ *Geschichte einer glückl. Entbind. durch d. Kaiserschnitts nebst Bemerkungen über diese Entbindung.* übers. Inven. Siebold's Journ. Bd. V, p. 461.—
² *Hysterotomotomia*—Paris 1561.— ³ *Oeuvres etc.* Cap. 58. p. 717.— ⁴ *Oeuvres compl.* p. 342.— ⁵ *Maladies des femmes grosses* p. 260.— ⁶ *Pratique des accouch.* p. 336.— ⁷ *Traité gén. des accouch.* p. 311.— ⁸ *Traité de l'opér. César. et des accouch. diffic. et labor.* Paris 1754.— ⁹ *Acc. de chir.* t. I, p. 462, e t. II, p. 213. (1749).

Più tardi se ne dichiararono fautori il LEVRET¹ COUTOUZY² LAUVERIAT³ HALLER, ASTRUC, PORTAL, SOUMAIN, DELEURYE,⁴ VERMOND, BACQUA SPRENGEL ecc.⁵ che lo praticarono, ne discussero le indicazioni, e ne mostrarono i vantaggi.

I lavori di uomini tanto autorevoli, i successi da loro ottenuti, non trattennero il SACOMBE⁶ dallo insorgere violentemente contro la operazione, ed i fautori di essa. Egli si spinse tanto oltre che non esitò a dire la operazione: *immorale, feroce e figlia dell'ignoranza e del delitto*. Affermò essere il Rousset un cieco strumento di *Caterina de' Medici*, la quale avrebbe fatto operare di taglio cesareo tutte le donne protestanti, *sempre sospette* di avere il bacino viziato; chiama l'opera del Rousset « una » produzione mostruosa, contenente venti prove materiali della « ignoranza, dell'impostura, e del fanatismo del suo autore. »

Perchè i lettori si formino una idea adeguata delle sue villane ed insolenti diatribe, mi piace riferire testualmente alcune sue parole « *Née au sein des guerres civiles qui désoloient la France, vers le milieu du seizième siècle, l'Hydre caesarienne, attirée, par l'odeur du sang humain, est venue relever sa tête hideuse au milieu des échafauds, qui couvroient le sol de la France à la fin du dixhuitième siècle.* »

Al SACOMBE fecero corona MAURICEAU, che ne considera impossibile la riuscita; PAU che non la fece nè avea voglia di farla; DIONIS che vorrebbe fossero puniti quelli che la praticano sulla donna vivente; DENMAN⁷ che confessa di non averla mai eseguita; COOPER⁸ che diceva non essersi verificato nella Gran Bretagna un sol caso ben provato di buona riuscita; FIELDING OULD,⁹ il quale dice che praticarla è prova d'umanità detestabile e barbara, ecc.

Malgrado però le opposte esagerazioni, in questo secolo la operazione si è praticata, e si pratica tuttora presso tutte le

¹ *Suite des obs.* Paris 1751 p. 237. — ² *Sur divers sujets d'accouch.* p. 68. — ³ *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.* etc. Paris 1788. — ⁴ *Observations sur l'opér. césar.* etc. p. 102. — ⁵ KURZE Vebers der. Gesch. des Kaiserschneitts ecc. Berlin 1791. p. 113, 228. — ⁶ *Éléments de la science des accouch.* Paris-Germinal an. X. — ⁷ *Introduct. à la pratiq.* etc., t. II, p. 214. — ⁸ *Dict. prat. de chir.* — ⁹ *Hamilton — outlines of midwif etc.*, p. 350.

nazioni. Gli Ostetrici si sono limitati solo a discuterne le indicazioni, ed a renderla meno grave, perfezionando i metodi operatori ed il trattamento consecutivo.

II.

ESTIMAZIONE DELLA OPERAZIONE.

La gastro-isterotomia è senza dubbio gravissima operazione, dirò anche la più grave fra tutte, ma ciò non autorizza a bandirla dalla pratica, poichè sventuratamente vi ha casi, che non ammettono altro compenso, siccome dimostrerò nel fissarne le indicazioni.

Ad onta delle passionate e virulente requisitorie del SACOMBE, e delle recenti brillanti censure del PAJOT, che la stigmatizza qualificandola *infanzia dell' arte*, la operazione dev' essere conservata, e lo sarà. Sono troppo numerosi i casi di felice riuscita per dubitare della utilità di questa altissima operazione. Ponendo da banda le statistiche del ROUSSET, del BAUHIN, del RAYNAUD, e del SIMON che non offrono tutta la desiderabile autenticità; e non volendo prestar fede neppure al BAUDELOCQUE, che assicura essere riuscita felicemente 47 o 48 volte sopra cento-undici donne, non si può negare che la operazione fu coronata da completo successo nei casi di LAUVERIAT,¹ SANSON,² BOURRET,³ BROU⁴ SOUMAIN⁵ DELECRUYE,⁶ CHABROL,⁷ MILLOT⁸ LE MAISTRE⁹ VONDERFORH¹⁰ ANDREINI¹¹ LAUTZ¹² GRAEFE,¹³ BUREN¹⁴ GARDEY,¹⁵ MÜLLER,¹⁶ MEGAUC,¹⁷ JOHANKNECT¹⁸ EUGELTRUM,¹⁹ SERNIN, ALAZOR, VIGAROUX,²⁰ METZ,²¹

¹ Opera citato. — ² LAUVERIAT p. 150. — ³ Id. p. 187. — ⁴ Acc. de chir. t. I, p. 476. — ⁵ Le Boursier Ducondray p. 105. — ⁶ Op. cit. p. 42. — ⁷ Id. p. 67. — ⁸ Supplément a tous les trait. des accouch. etc. t. II, p. 451. — ⁹ Bulletins de la Faculté 1807 p. 169. — ¹⁰ Revue méd. 1825 t. IV, p. 132. — ¹¹ Id. 1828 t. I, p. 119. — ¹² Bulletin de Ferrussac t. XII, p. 68. — ¹³ Id. p. 70. — ¹⁴ Journal univ. t. XXXI, p. 369. — ¹⁵ Id. t. LI, p. 66. — ¹⁶ The Lancet 1829 vol. 2, p. 791. — ¹⁷ Journ. univ. t. XIV, p. 106. — ¹⁸ Amer. journal 1831 p. 248. — ¹⁹ London med. journ. 1830 p. 523. — ²⁰ LEGARDÈRE. Thèse Montpellier 19 piov. an. VIII. — ²¹ Bulletin de Ferrussac t. XV, p. 86.

WALTHER,¹ BOUCHACOURT,² LONGEORS, GUIARD,³ LOVATI,⁴ JACOLUCCI,⁵ LUZZANI,⁶ CUSTODI,⁷ PEIRANO,⁸ MARCHANT⁹ ecc. ecc.

Le riferite guarigioni dovrebbero essere sufficientissime a persuadere anche i più schifilosi che la operazione non è sempre mortale, e che possiamo con essa salvare taluna volta due vite ad un tempo. Ma, vi ha di più, non poche donne furono operate due ed anche più volte felicemente. Furono così fortunate quelle operate da MONGELOT, BRAND¹⁰ BURGHARD, RHADÉ, LORENZER¹¹ SCHMIDT¹² JOBERT, BACQUA¹³ LAMIRAL, MERSEM, GIBSON¹⁴ ROUVIN, STOLTZ¹⁵ LEMAITRE¹⁶ DECOENE, MICHAELIS¹⁷ LIGNEROLLES¹⁸ LEBLEU,¹⁹ BOSCH,²⁰ LOERILLE,²¹ COLLIN,²² JOLLY,²³ SCHENK²⁴ LAMBRON, DARISTE,²⁵ RHODE e SOMMER,²⁶ LOCHER, e quelle di cui parlano ESTORGE²⁷ BARTHOLIN, ROLESSET, CABANY, ed OZANAM.²⁸

Le operazioni seguite dalla morte della madre sono certamente più numerose.

Consultando le statistiche più recenti ed accurate ci sarà agevole formarci un criterio esatto del rapporto di mortalità, il quale sembra variare nei differenti paesi, sebbene la differenza dipenda in buona parte, a mio credere, da condizioni indipendenti da influenze locali, come or ora andrò dimostrando.

¹ MAYER. *Bul. de Fer.* L. XVII. p. 404. — ² *Bulletins de l'académie.* — ³ *Gazette des hôpitaux* 1849. — ⁴ *Manuale del parto meccanico.* Milano 1854 p. 170. — ⁵ MORGAGNI. *AN.* IV. 1862 p. 719. — ⁶ *Gazzetta medica.* Milano 1848. — ⁷ *Gazzetta med. ital. lombarda* 1850. — ⁸ *Osserv. di parto cesareo eseguito con esito felice.* GAZZ. di Torino. — ⁹ *Oper. cesar. pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant.* Journ. de Méd. de Bruxelles. Decemb. 1864. — ¹⁰ MICHELL. DE SYNCHONDR. PUSIS 1783. — ¹¹ MICHAELIS p. 32. — ¹² Id. p. 66. — ¹³ Journ. de méd. de la Loire Infér. *AN.* X. — ¹⁴ *Gazette méd.* 1835. — ¹⁵ *Gaz. des hôpitaux* 1864-10 ottobre. — ¹⁶ Journ. gén. t. XLIV agosto. — ¹⁷ *Abhandlungen aus d. Gebiete der Geburtsh.* Kiel 1833. — ¹⁸ *Bull. de l'acad. de médecine.* Paris 1851-1852. t. XVII. p. 536. — ¹⁹ Id. 1853-1854 t. XIX. p. 1008. — ²⁰ *Auziaux Clin. Chir.* 1829, p. 64. — ²¹ *Bulletins de la Faculté* 1816 p. 45. — ²² *Ist.* t. VI. p. 334. — ²³ *Thèse* - Paris 1830. — ²⁴ *The Lancet* 1828 vol. I, p. 10. — ²⁵ *Diet. des sc. méd.* t. XVII. p. 425. — ²⁶ *Loder's Journal für chirur.* v. II. § 733-743. p. 51. — ²⁷ *Gaz. méd. de Lyon* 1860 p. 11. — ²⁸ *Gaz. des hôpitaux* 1862.

Ecco i risultati forniti dalle varie statistiche:

Statistiche degl' Inglesi:

	Numero delle operate	sopravvissute	morte
HULL ¹	231	139	92
KLEIN ²	116	90	26
MURPHY ³	57	1	56
RADFORT ⁴	18	3	15
BURNS ⁵	33	2	31
MERRIMAN ⁶	25	1	24
Totale	480	236	244

Statistiche dei Tedeschi:

	operate	sopravvissute	morte
KILIAN	7	4	3
SPRENGEL ⁷	106	61	45
MICHAELIS ⁸	258	140	118
KAISER ⁹	341	127	214
Totale	712	332	380

Statistiche dei Francesi:

	operate	sopravvissute	morte
VELPEAU ¹⁰	265	118	147
BAUDELOCQUE ¹¹	73	31	42
STOLTZ ¹²	6	4	2
Totale	344	153	191

¹ *Two memoirs on the cesar. oper. by. M. BAUDELOCQUE sen. transl. ecc. Manchester 1801 p. 233. — A defence of the cesarean operation ecc. Manchester 1799. —* ² *Loder's journal* Bd. II, p. 760. — ³ *Dublin quarterly journal of med.* 1839. — ⁴ *Provincial med. chir. journal.* 1849. — ⁵ *Principl. of midwif ecc.* 1832 p. 509. — ⁶ *Synopsis of difficult. parturit. ecc.* p. 171. — ⁷ *Kurze Febers der Gesch. des Kaiserschnitts etc. in Pyl's Repertor. f. d. off. u. ger. Arzneiw.* Bd. II, Berlin 1791 p. 125 e 228. — ⁸ *Abhandlungen aus d. Gebiets der Geburtsh.* Kiel 1833 p. 139. — ⁹ *De eventu sectionis caesar.* Havu 1841. — ¹⁰ *Traité des accouch.* Paris 1823. — ¹¹ *Recherches ecc.* p. 82. — ¹² *Mém. de l'acad. de Méd.* 1834.

Statistiche dei Belgi:

	operate	sopravvissute	morte
HUBERT ¹	1274	554	720
HOEBECKE ²	11	4	7
Totale	1285	558	727

Statistiche degli Italiani:

	operate	sopravvissute	morte
LOVATI ³	7	1	6
BELLI ⁴	18	3	15

In Napoli la operazione fu eseguita ventuno volte, cioè 17 volte nell'Ospedale degli Incurabili, 3 nella Clinica Ostetrica, ed una volta da me nel Sifilicomio. Di tutte quante sopravvisse solo la operata dal Professore JACOLUCCI, ⁵ nel 24 agosto 1862, non sembrandomi giusto considerare come guarite quelle operate da CATTOLICA ⁶ e da IPPOLITO.

Onde abbiamo ad aggiungere

	operate	sopravvissute	morte
	21	1	20
Totale	46	5	41

In America, ⁷ su dodici operazioni note, si hanno otto guarigioni.

	operate	sopravvissute	morte
	12	8	4

¹ *Sur les avantag. etc.* 1852. — ² *Mémoir. et observ. prat. de chir. et d'obstr.* Bruxelles 1840. — ³ *Manuale del parto meccanico.* Milano 1854 p. 170. — ⁴ *Statistica della maternità di Milano.* 1846. — ⁵ *Morgagni* 1862 p. 749. — ⁶ *Versione del Baudelocque.* Napoli 1842 p. 115. — ⁷ *Murphy. Quarterly ecc.* 1859.

Dai surriferiti dati statistici si deduce, che in Inghilterra la mortalità fu del cinquanta per cento. Ma lasciando stare quelli forniti da HÜLL e da KLEIN, i quali pare raccogliessero dai predecessori i soli casi fortunati, d'onde l'altro errore di KLEIN che la operazione anticamente fosse meno grave, la mortalità sarebbe stata di 0,94. In Germania si ha il cinquantatré per cento; in Francia il cinquantacinque; nel Belgio, ponendo da banda la statistica di HUBERT raccolta da varie fonti, si ha il 63 per cento; in Italia l'ottantasette; ed in America il trentatré per cento.

Collettivamente si ha in media il sessantadue per cento. Però bisogna convenire, che questo risultato sia ancora troppo lusinghiero, e ben lungi dal vero; nè potrebbe negarsi che i casi di felice riuscita furono tutti pubblicati, mentre la più parte degl'insuccessi furono chiusi nell'oblio. Si è voluto pure esagerare il numero delle guarigioni, confondendo la gastrotomia con la operazione cesarea, o ritenendo morte, per ragioni indipendenti dalla operazione, quelle donne che ne sopravvissero alquanti giorni.

Che la operazione sia più grave di quanto risulta dalle statistiche pubblicate dai suoi fautori, è chiaro, per ogni mente non prevenuta, dallo studio delle osservazioni raccolte nei grandi centri di popolazione, o nelle Sale di Maternità, dove non era possibile lasciare nell'ombra i casi seguiti da morte della madre. Infatti dalle osservazioni raccolte in Italia, dove si sono registrati imparzialmente i casi fortunati e gli avversi, si ha che la mortalità sia di 0,92. Laonde parrebbe che BOER,¹ BOERHAVE, ed altri si apponessero al vero, asserendo che si può contare appena una buona riuscita su quattordici operazioni.

Però, ad essere giusti, non dobbiamo tacere che spesso la morte non abbia intrinsecamente rapporto di causalità con la operazione, la quale offrirebbe risultati ben differenti, se la si praticasse in condizioni più favorevoli e con maggiori precauzioni. Ordinariamente si fa l'operazione quando è già troppo tardi;

¹ *Gedanken über Kaiserschnitt etc. Sieben Buchern etc. 1834.*

si opera quando la vita della madre è già minacciata seriamente, o quando, dopo reiterati tentativi fatti col forcipe o col cefalotribo per estrarre il feto dalle vie naturali, la madre è gravemente compromessa. Se si operasse appena si fa evidente la indicazione, prima che la donna sia eccessivamente spossata per la durata del travaglio, l'utero caduto nella inerzia, e gli organi genitali ed il peritoneo siano infiammati, l'esito sarebbe senza fallo men triste.

Inoltre non si dovrebbe dimenticare, che molte volte la morte dipende dalla malattia che è causa del restringimento del bacin, come, a mo' d'esempio, in alcuni casi di osteomalacia, di carcinoma, ecc. Come del pari potrebbe essere la conseguenza delle condizioni puerperali, sempre temibili anche in donna che figlia naturalmente:

Ora, ponendo a calcolo da un lato le ragioni degli avversari, e dall'altro quella dei fautori, sembrami potersi ritenere che la gastro-isterotomia, anche praticata nelle migliori condizioni, uccida almeno quattro quinti delle operate con i metodi attuali.

Laonde mi è forza concludere che, relativamente alla madre, la gastro-isterotomia sia una operazione ben triste, cui bisogna ricorrere solo quando è impossibile con altri mezzi di estrarre il feto vivente per le vie naturali.

Se ci facciamo a studiare il valore della operazione riguardo al feto, vi troveremo un incoraggiamento ad eseguirla.

MURPHY¹ in 477 casi afferma che si ebbero 277 feti vivi, 140 morirono, e degli altri s'ignora la sorte. BROCHIN² ha provato che su 83 operazioni, eseguite dal 1845 al 1859, il feto nacque morto solo ventinove volte; VELPEAU³ su 96 casi, dice che 67 furono vivi e 29 morti; BURNS⁴ riferisce che, su 33 casi autentici d'isterotomia, 12 volte solo i fanciulli vissero sino alla 11^a ora dopo la loro estrazione. Secondo CAZEAUX,⁵ il numero dei fanciulli morti sarebbe dell'otto per cento prima della rottura delle acque, del ventidue per cento quando si opera da sette a

¹ Op. citata. — ² *Gazette des hôpitaux* 1862. — ³ Op. citata. — ⁴ Op. citata. — ⁵ *Traité théorique et pratique de l'art des accouch.* Paris 1856. (3^a edizione)

ventiquattro ore dopo la rottura delle membrane, e del quarantanove per cento dopo le 24 ore. HOEBECKE sulle undici operazioni da lui eseguite ebbe nove fanciulli vivi. Nella statistica di MICHAELIS di centodieci feti estratti con la operazione cesarea, sessantasette furono vivi, ventinove morti, nulla sapendosi degli altri. Finalmente, secondo KAISER, che ci ha dato uno dei migliori lavori sulla gastro-isterotomia, la mortalità sarebbe del venti per cento, se la operazione viene praticata nelle prime ventiquattro ore dalla manifestazione dei primi dolori, del 32 per cento dalla 24^a alla 72^a ora, e del 60 per cento dopo la 72^a ora. In rapporto allo scolo delle acque la mortalità sarebbe del 14 per cento, quando si opera nell'atto della rottura della borsa; del 22 per cento nelle 24 ore che seguono, e del 49 per cento dopo le 24 ore.

Discutendo queste statistiche, chè non conviene farsi imporre dalla nuda ragione numerica, si fa evidente che quelle del MURPHY, del BROCHIN, del VELPEAU, del BURNS, del CAZEAUX e del MICHAELIS, non hanno alcun valore scientifico, poichè mancano dei particolari necessari a precisare le condizioni relative ai singoli casi; e perchè i loro lavori sono compilati da altri, o contengono osservazioni raccolte da varie fonti, e non sempre autentiche. Meritano maggior fiducia quella di HOEBECKE, il quale riferisce solo l'esito delle operazioni da lui stesso praticate nei dintorni di *Sottegen*; e l'altra del KAISER, che sembrami fra tutte la più accurata. Ma neppure è detto nelle loro relazioni quale fosse lo stato del feto nell'atto della operazione. Ora, i due feti morti, di cui ci parla HOEBECKE, ed i tre che, secondo KAISER, nacquero morti, quando fu eseguita la isterotomia prima o poco dopo la rottura delle membrane, chi ci dice se fossero vivi prima della operazione? Io ne dubito forte, e credo che operandosi a feto vivo, prima o poco dopo la rottura della borsa amniotica, il feto sarà sempre salvo. Sono confortato in questa opinione dal VELPEAU, il quale fa rilevare che in tali condizioni il feto fu estratto sempre vivente: dall'OZANAM,¹ che professa la stessa credenza; e dal JACOLUCCI,² il

¹ *Gazette des hôpitaux* - 1862. — ² *Morgagni* - 1862 p. 726.

quale dice: « io non posso immaginare quale sia il danno
« che la operazione cesarea può cagionare al feto; se il feto
« muore, la sua morte non è giammai effetto della operazione:
« l'unico danno che potrebbe averne sarebbe qualche feri-
« tuccia cutanea per negligenza del chirurgo. L'ostetricante
« può dire: datemi cento feti vivi e vivaci, ed io col parto ce-
« sareo gli estrarrò tutti vivi. Adunque se alcuno esce morto,
« ciò avviene perchè era già morto, o moriente. »

Da ultimo non voglio trasandare di far rilevare che, in tut-
te le operazioni eseguite presso di noi, i feti furono estratti
sempre viventi. Questo risultato, che sembra a prima giunta
in disaccordo con quello degli altri paesi, non dipende affatto
da influenze locali, come qualcuno potrebbe supporre, ma bensì
dai principi che informano la nostra condotta. Noi altri ita-
liani non siamo embriotomaniaci, non siamo corrivi ad estrar-
re il feto col forcipe in un bacino avente il minor diametro al
di quà di due pollici e mezzo, non ci attendiamo dalla natura
l'impossibile: ma, riconosciuta bene la indicazione della ope-
razione, e fatti certi, per reiterate osservazioni, della vita del
feto, procediamo senza indugi ulteriori alla operazione. Gli al-
tri otterrebbero gli uguali vantaggi sicuramente, se avessero
la virtù d'imitarci, e la modestia di credere che gl'Italiani non
sono ad altri secondi.

III.

INDICAZIONI.

La gastro-isterotomia si pratica e sulla donna morta, per la
salvezza del feto, e sulla donna viva, a feto vivo o a feto mor-
to. Si opera sulla morta, essendo il feto vivente, quando la
morte della madre avvenga negli ultimi mesi di gravidanza, o
nel travaglio del parto; sulla donna viva a feto vivo, quando
non sia possibile espletare il parto per le vie naturali senza
sacrificare il feto; e sulla donna viva a feto morto, quando
l'angustia del bacino sia talmente avanzata da non permettere

neppure la embriotomia, o da renderla quasi impraticabile; e perciò più pericolosa, per la madre, della stessa operazione cesarea.

Rousset moltiplicò oltre misura le indicazioni della operazione, commendandola per sviluppo eccessivo del feto, per mostruosità, per posizione viziosa o irregolare incapace ad essere emendata, per ogni restringimento delle vie di espulsione, ecc. Queste indicazioni erano perfettamente giustificate nella prima metà del secolo passato, quando le opinioni del Rousset venivano generalmente ricevute: e forse per questa ragione le donne, di cui fanno menzione BAUCHIN ed altri, sopravvissute alla operazione, figliarono in seguito naturalmente. LAMOTTE, LEVRET, SIMON furono i primi a limitare il numero delle indicazioni. SIMON però mise fra esse lo sviluppo difettoso delle ossa, senza indicarne il grado e le varietà, i grossi tumori del collo uterino, e l'isterocele irreducibile: LEVRET¹ e LAMOTTE il solo restringimento del bacino. LAUVERIAT² ne moltiplicò di nuovo il numero; e BAUDELOQUE crede che la operazione sia indicata per vizi della pelvi, e per alcune affezioni delle parti molli, come ad es. per tumori scirrosi a larga base, non asportabili senza esporre la donna a pericolo più serio di quello della operazione, siccome ebbe a verificare in quella donna operata alla sua presenza dal COUTOLY. Posteriormente furono meglio discusse e determinate le indicazioni; ed oggi si conviene da tutti, che la operazione sia indicata solo per morte della madre, e per angustia pelvica. Gli autori inglesi però, ed i loro seguaci, vogliono che vi si ricorra solo quando il restringimento del bacino è tale da rendere impossibile la embriotomia; per converso gli Italiani ed i Tedeschi, alla quasi unanimità, la raccomandano quando non è possibile con altri mezzi estrarre il feto vivente. La più parte dei Francesi, una volta partigiani esagerati del taglio cesareo, oggi segue i precetti della scuola inglese. Un chiarissimo Autore contemporaneo pone fra le indicazioni la gravidanza estrauterina e le rotture dell'utero; ma allora, come per altro egli stesso si affretta a dichiarare, si fa la gastrotomia, non già la operazione cesarea.

¹ *Suite des obs.* Paris 1751 p. 237. — ² *Art. des accouch.* etc. 2^a p. 2147.

Dunque la operazione è indicata :

A. Per morte della madre, avvenuta dopo costituita la vitalità del feto;

B. Per vizio estremo delle vie di espulsione, che non permetta in alcun modo la estrazione del feto, o che, essendo il feto vivo e vitale, non sia possibile estrarlo vivente con gli altri mezzi dell'arte.

1. INDICAZIONE PER MORTE DELLA MADRE.

In questo malaugurato rincontro è indispensabile procedere immediatamente alla operazione, onde non compromettere di vantaggio la vita del feto, la cui morte, se non precede sempre quella della madre, come a torto si è da taluno preteso, certamente si verifica poco dopo; ed ordinariamente, secondo vuole il NAEGELE, da 5 a 15 minuti dopo. In generale si può dire che il feto premuore alla madre, quando questa finisce per malattie croniche o per morbi da infezione; e le sopravvive per poco quando la morte della genitrice avviene istantaneamente o quasi, come ad es. per grave emorragia, per apoplessia, per lesione violenta ecc. Dagli esperimenti recentemente istituiti da BRESLAU¹ sui conigli, sulle lepri e sui porcellini d'India risulterebbe: 1° che il feto può sopravvivere alla madre, quando questa muore per cagion violenta, od in modo quasi istantaneo; 2° che il feto umano sopravvive più lungamente dei bruti.

Ma lasciando stare le opinioni e gli esperimenti, è certissimo che più volte si è potuto, la mercè della operazione, conservare in vita feti estratti dall'utero materno dopo un quarto d'ora, dopo mezz'ora ed anche più tardi dalla avvenuta morte della madre. Ne riferiscono esempi LE MAIRE, MERRIMAN, PEU, JOLLY, GUILLEMEAU¹ HUGUIER² BLUNDEL, GREEN³ BURNS, MAZZONI.⁴ Allo stesso modosi vuole siano venuti alla luce Gorgia Leontino (SPRENGEL),

¹ Mon. f. Geb. Bd. XXIV p. 81. ² Oeuvres compl. p. 342. — ³ Journal des progrès t. II, Arch. génér. t. XXI, p. 123. — ⁴ RYAN. Manual of midwif. ecc. p. 182. — ⁵ Statistica Ostetrica p. 47.

Gebardo Conte di Bregenza (SCHENK), *Sancho Majorke Re di Navarra* (ROD. DE CASTRO), il celebre Ammiraglio *Doria* (VENOSTA) ecc. ecc. Estrassero feti viventi un quarto d'ora dopo la morte della madre BRESLAU¹ e DELEAU;² e mezz'ora dopo JACKSON³ ebbe la fortuna di estrarre col forcipe un feto sano e vivente.

Questi fatti, valevoli a dimostrare che il feto possa sopravvivere per qualche tempo alla madre, sono da riguardarsi come puramente eccezionali, non altrimenti che gli altri di cui fanno parola i Naturalisti, relativamente ai feti conservati in vita fuori dell' utero nelle membrane o nell' acqua tiepida. Ordinariamente il feto muore contemporaneamente alla madre o prima di essa. Infatti dei 107 casi raccolti, in 13 anni, da SCHWARZ nessun feto sopravvisse: su 331 osservazioni raccolte nella letteratura di questo secolo da HEYMAN e LANGE si sono avuti solo 6 a 7 risultati felici; 13 fanciulli vissero qualche ora, e tutti gli altri furono estratti morti. Comunque si sia, potendo talvolta il feto sopravvivere alla madre, la operazione è pienamente giustificata, non già inutile, siccome asserisce lo SCHWARZ, il quale pare abbia voluto fondare il suo giudizio esclusivamente sui dati da lui raccolti, senza tener conto di tante osservazioni pubblicate da dotti e coscienziosi pratici.

Volendo aggiustar fede a GARDIE⁴, « si sarebbe estratto un bambino vivente dal ventre della Principessa di SCHWARTZEMBERG ventiquattr' ore dopo la morte. EBEL⁵ MILLOT⁶ BURTON⁷ CANGIAMILA⁸ ed altri narrano casi presso a poco identici. A me sembra, come al CAZEAUX, che la loro autenticità non sia garentita; e pare più logico supporre, che in questi casi la morte reale della madre fosse preceduta dalla apparente. Del resto possiamo, anche per mettere in salvo la propria responsabilità, praticare la operazione appena chiamati, qualunque sia il tempo decorso, che sicuramente non recheremo nocumento a chicchessia.

¹ Mon. f. Geb. Bd. XXII, p. 81. — ² VELPEAU-Traité compl. etc. p. 747. — ³ Merriman-Synopsis of difficult. parturit ecc. p. 176. — ⁴ Traité compl. d'accouch. t. II. — ⁵ Burns. Principl. of midwif ecc. p. 176. — ⁶ Suppl. a tous les trait. d'accouch. t. I, p. 344. — ⁷ Nouv. syst. des accouch. p. 105. — ⁸ Op. cit.

La indicazione della operazione non sarebbe razionale, se la si praticasse prima che fosse assicurata la vitalità del feto, fissata dai più alla 28^a settimana. Ma poichè possiamo sul diagnostico dell'epoca della gravidanza errare di alquanti giorni in più o in meno, così è dovere di operare ogni qualvolta la donna muore dopo la fine del sesto mese. Prima di quest'epoca sarebbe ridicolo fare la operazione. Nulladimeno, presso le famiglie cattoliche, che desiderassero amministrare il battesimo, dobbiamo secondare la loro volontà, richiedendo la vera libertà ed il reale progresso rispetto assoluto di tutte le opinioni lealmente professate.

Se abbiamo il dovere di operare immediatamente dopo la morte della madre, onde avere la probabilità di salvare il feto, siamo del pari obbligati, prima di accingerci alla operazione, di assicurarci che la morte sia reale; tanto più che le gravide vanno soggette a preferenza alla morte apparente, atteso le peculiari loro condizioni. La letteratura ci offre a dovizia esempi di funesti equivoci; BODIN ¹ ne cita uno assai rilevante: « la donna de Gauthier del villaggio della Gianvrerie, dipartimento di Loir e Cher, cadde in tale stato durante il travaglio dle parto, che PENARD, chirurgo a Cangey, la credette morta, e le aprì il ventre e l'utero con un rasoio, per salvare il figlio. Ella si riebbe da questo stato nel momento in cui le s'immergeva un ago in uno degli orli della ferita ecc. » VAN SWIETEN, ² BAUDELOQUE, ³ ed OUTREPONT ⁴ citano osservazioni di donne credute morte, sulle quali si stava per eseguire la operazione, quando si riebbero dal loro letargo. PEU ⁵ riferisce un caso più rincrescevole: egli aveva incominciato la incisione, quando la donna diede un fremito con movimento delle labbra e stridore dei denti. REINHARDT riferisce un caso identico: la donna svegliatasi, mentre s'incideva l'addome, figliò felicemente per le vie naturali. Fu anche più sventurato il TRINCHINETTI: ⁶ la donna supposta morta era in sincope, e fu uccisa dalla operazione. Dovendosi nell'interesse della vita del feto, prima che si manifestino i segni della morte, cioè la putrefazione, la rigidità

¹ *Essai sur les accouch.* an. V. p. 135. — ² *Aphorisme de chirurgie etc.* t. VII. — ³ Opera citata. — ⁴ *N. Ztschr. f. Gebtsff Bd. XIII.* p. 314. — ⁵ *La pratique des accouch.* ecc. p. 333. — ⁶ *Journ. gén.* t. LXIX p. 110 a 116

cadaverica, ecc. distinguere la morte reale dalla apparente, l'unico mezzo da adoperare mi sembra che sia l'*Akidopeirastica*, proposta in questi ultimi tempi dal MIDDELDORFF. E sebbene l'agopuntura del cuore non ancora viene sperimentata a sufficienza, pure son di credere che potrebbe fornire dati precisi, onde stabilire il diagnostico.

Laddove la donna morisse durante il travaglio, nel dubbio che potesse trattarsi di una morte apparente, bisogna assicurarsi dello stato delle parti genitali; poichè, se il collo uterino fosse dilatato o dilatabile, ed il bacino ben conformato, converrebbe estrarre il feto per le vie naturali. A questo modo RIGAUD¹ salvò madre e feto. Chiamato a due leghe da *Donai* per assistere una infelice da parecchie ore in travaglio, giungendovi gli fu detto ch'era morta da due ore. Invece di fare subito la gastro-isterotomia, volle prima esplorare gli organi genitali; e, vedendo che l'orificio dell'utero era dilatato, decise di farla partorire per le vie naturali. Mediante il rivolgimento gli fu facile la estrazione del feto, che, nato nello stato di morte apparente, fu richiamato in vita con gli opportuni mezzi dopo due ore. E poichè le membra della donna conservavano la loro cedevolezza, ed erano tuttavia calde, l'accorto chirurgo proibì che fosse sepolta prima che l'addome si facesse verde. Le sue precauzioni furono coronate dal più lieto successo. Due ore dopo la sua partenza, la donna si riebbe perfettamente dal suo stupore, e, quattro anni dopo, andò di persona a ringraziare il chirurgo, cui era debitrice della vita e del figlio. DEVILLIERS² DUPARQUE³ e ROEMHILD⁴ riuscirono ugualmente ad estrarre feti viventi per le vie naturali. Ed il nostro LOVATI⁵, in due casi, operando circa un'ora dopo la morte della madre, riuscì mediante il rivolgimento ad espletare il parto, sebbene i feti venissero alla luce già morti.

Si è pure proposto in questo rincontro, qualora il collo dell'utero non fosse sufficientemente preparato, di estrarre il feto col parto forzato. Ma siccome si perderebbe un tempo preziosissimo

¹ *Journal des Savans*, 1749. — ² *Union médicale*, 1862. — ³ *Gaz. hebdomad.*, 1862. — ⁴ *Glückliche durch d. Wendung Bewirkte Geb. eines leb. Kindes nach d. Tode d. Mutter, in der Preuss. Vereinszt.*, 1836, p. 137. — ⁵ Op. citata, p. 171.

per la vita del feto, senza alcun vantaggio per la madre, questo processo è giustamente bandito dalla pratica. HEYMAN consiglia le semplici incisioni multiple sul collo dell'utero, assicurando di essere riuscito felicemente due volte ad estrarre il feto vivente. Io non saprei imitare questo processo, poichè la estrazione del feto richiederebbe più tempo, e la sua vita sarebbe seriamente compromessa per la resistenza del collo uterino. Però nel caso, che la testa del feto stesse *impegnata nella escavazione*, ed a tal grado, che fosse malagevole *riportarla in alto*, sarà preferibile alla gastro-isterotomia il parto forzato con le incisioni multiple (*Isterostomatomia*) sul collo dell'utero.

La morte del feto controindicherebbe la operazione, la quale in questo caso sarebbe senza scopo. Al riguardo CHAILLY-HONORÉ dice: « J'avoue que pour mon compte personnel, à moins que
• les parents ne me manifestassent le désir que cette opération soit pratiquée quand même, je ne l'entreprendrais que
• lorsque l'auscultation m'aurait mis à même de constater l'existence du produit. » Ma l'ascoltazione negativa depone sicuramente per la morte del feto? A prescindere dalle altre ragioni, notissime a tutti quelli che non studiano ostetricia solo sul tavolino, quante volte si crede morto un bambino nato nello stato di morte apparente! In quanto a me, ho avuto più volte la opportunità di richiamare in vita bambini abbandonati da levatrici, e da chirurghi, che li credevano già morti. Ora potrebbe benissimo avvenire che il feto fosse nell'utero nello stato di morte apparente, nello stato di asfissia; ed in questi casi poggiandoci a nostra norma sui risultati forniti dall'ascoltazione, a colpo sicuro potremmo lasciar morire un bambino, che altrimenti si sarebbe potuto conservare in vita.

In conclusione la operazione è indicata, ed il medico ha il dovere di praticarla, ogni qualvolta la madre muore negli ultimi tre mesi di gravidanza, o durante il travaglio del parto, anche quando la donna fosse morta da più ore, e mancassero totalmente i segni della vita del feto.

* *Traité pratique de l'art. des accouchements.* Paris 1861, p. 732.

2. INDICAZIONE PER ANGUSTIA DELLE VIE DI ESPULSIONE.

In tale rincontro, la indicazione può essere assoluta o incondizionata, e relativa o condizionata.

A). Indicazione assoluta.

a) *Nel tempo del parto.*—La gastro-isterotomia è l'unica ancora di salute per la donna, quando il minor diametro del bacino ha tali dimensioni da non permettere affatto il passaggio del feto a termine, sia pure morto e diminuito di volume. In questa sentenza convengono unanimemente tutti gli ostetrici, non esclusi gl'Inglesi, che, sebbene avversari decisi della operazione cesarea, son costretti a considerarla in questo caso come inevitabile. Il PAJOT, che frai moderni è il più caldo e deciso partigiano della scuola inglese, è obbligato a dichiarare che in questo caso la si possa proporre: « quando non vi ha altra risorsa, egli dice, val meglio farla che lasciar morire la donna senza soccorso: si può almeno salvare l'uno dei due individui, ed accordare all'altra più probabilità di sopravvivere che abbandonando la madre ed il figlio. »

L'unanime consentimento degli autori nell'ammettere, al termine della gravidanza, la indicazione assoluta della operazione, si risolve nel più completo disaccordo quando si vuole fissarne i limiti. La più parte vuole che al disotto di due pollici (0^m,034), a feto vivo o morto, si faccia sempre la sezione cesarea. DUBOIS nella celebre tesi, che gli fruttò la direzione della Clinica Ostetrica di Parigi, il CAZEAX, ed altri scrittori francesi limitano la indicazione assoluta a due pollici meno due linee (0^m,030). Il VELPEAU ad un pollice e mezzo (0^m,041); STEIN a tre pollici (0^m,081); SCANZONI a due pollici e mezzo meno qualche linea (0^m,068), assicurando che tutti i Tedeschi sono di accordo su questo punto, consigliando unanimemente la gastro-isterotomia. Questa affermazione del dottissimo alemanno

però non è esatta, poichè il NAEGELE ed il BRAUND dichiarano, che la operazione sia assolutamente indicata quando il minor diametro non misura oltre due pollici ($0^m,034$); ed il MICHAELIS quando non oltrepassa due pollici meno un quarto ($0^m,047$). Gl'inglesi sono andati tant'oltre, che alcuni di loro proscrivono la operazione anche quando il minor diametro segna da $0^m,047$ a $0^m,041$. Presso di noi due distintissimi professori, il LOVATI ed il BALOCCHI, fissano il limite estremo della indicazione assoluta a 21 linee ($0^m,047$). In questi ultimi tempi il brillante professore di ostetricia nella facoltà di medicina di Parigi, avversario implacabile della operazione cesarea, vorrebbe che la si proscrivesse fino a quando il minor diametro ha almeno 12 linee ($0^m,027$). Ne' massimi restringimenti, il PAJOT, che preferisce sempre il sacrificio del feto, raccomanda la cefalotripsia; e, ad attenuarne le gravissime conseguenze, propone un nuovo metodo: *la cefalotripsia ripetuta senza trazione*. Una sola volta, per quanto io mi sappia, l'autore praticò il suo metodo al disotto di 3 centimetri, in un restringimento cioè di $0^m,036$, e con esito infausto: chè la donna morì indi a poco, per rottura dell'utero. Sicchè, attendendo che questo metodo, di cui mi occuperò di proposito di qui a poco, si abbia la sanzione clinica, finora pare che non possa preferirsi alla operazione cesarea, anche a feto morto, quando il minor diametro non segni almeno 21 linee ($0^m,047$). A questo grado il MICHAELIS esegui felicemente la estrazione del feto; ed OSBORNE, più fortunato ancora, fece sgravare con la embriotomia *Elisabetta Skerwood*, in cui la coniugata segnava appena $0^m,041$. Ma siccome non tutti gli ostetrici possono avere i grandi meriti, l'abilità, e la pratica dei MICHAELIS, degli OSBORNE e dei PAJOT; e siccome, a giudizio dei più, la embriotomia, in un restringimento maggiore di due pollici, compromette la vita della madre quanto la gastro-isterotomia, a maggior ragione essa riuscirà più pericolosa in grado più avanzato: e tutto al più la si potrebbe ragionevolmente praticare fino a $0^m,047$ adoperando il cefalotritore del RIZZOLI, o seguendo il metodo del PAJOT. Quindi se il minor diametro non avrà almeno $0^m,047$ bisogna sempre preferire la operazione cesarea, anche quando il feto fosse già morto. Ed in ogni caso, siccome non è

la cosa più facile di questo mondo stabilire matematicamente le dimensioni delle vie di espulsione, ed il rapporto tra il volume della testa del feto e la capacità delle vie che deve attraversare, è dovere dell'ostetrico, prima di accingersi alla operazione, d'invocare il parere almeno di altri due esercitati e coscienziosi pratici, onde fissare di accordo la vera indicazione. Non poche volte si è fatta la gastro-isterotomia senza indicazione, condannando la madre alla morte, laddove la necropsopia mostrava luminosamente che il parto poteva altrimenti assolversi.

L'illustre nostro GALBIATI di onoranda memoria, che tutti ricordano con amore e venerazione per le belle doti della mente e del cuore, impressionato sfavorevolmente dall'esito infausto delle operazioni cesaree eseguite presso di noi, propose in surrogazione di queste la *pelviotomia*: la quale permetterebbe, a quanto ne assicura, il passaggio della testa di un feto a termine, anche quando il diametro sacro-pubico fosse di poche linee.

Che il GALBIATI proponesse questa nuova operazione, invece della gastro-isterotomia, in caso di vizio estremo della pelvi, non può revocarsi in dubbio. Parlando dei restringimenti eccessivi, egli dice: « In sì tristi circostanze l'arte salutare si è veduta
• nella necessità di abbandonare entrambi gl'infelici individui
• ad una morte certa; o, volendo essere men crudele, per mancanza di miglior mezzo, ha sciolto il nodo Gordiano alla maniera di Alessandro. Non potendo togliere gli ostacoli che rendono impossibile il parto, ha lacerato il ventre e l'utero, ne ha strappato via il feto, ha eseguito cioè la *cesarea*, per salvarne almeno uno col quasi sicuro sacrificio dell'altro. Infine
• spediante, mezzo crudele che mostra un vuoto quasi umiliante per la Chirurgia, altrettanto doloroso per la umanità;
• vuoto che fino al secolo decimonono l'arte salutare non ha potuto ancora riempire. Noi da molti anni abbiam travagliato
• ad appianare tal vuoto, col sostituire alla cesarea una operazione, che possa rendere possibile il parto in qualunque pessima conformazione del bacino, senza che abbia i pericoli di quella. Noi crediamo esserci riusciti. »

A torto quindi il VELPEAU crede, che questa operazione fosse proposta quale modifica della sinfisiotomia, e ne reputa autore

il CATTOLICA. Del resto tale equivoco non mi sorprende punto, poichè i Francesi, abituati a stimarsi i privilegiati depositari della scienza, sogliono giudicare con troppa leggerezza le opere degli stranieri, e molte volte senza neppure prendersi la pena di leggerle. Ed il VELPEAU appunto giudica il nuovo metodo del GALBIATI senza conoscerlo, siccome risulta dalle seguenti sue parole: « Ne avviene quindi che il processo di GALBIATI, descritto da questo chirurgo, nel 1819 ecc. » Il dotto chirurgo francese confonde evidentemente la memoria del GALBIATI sulla pelviotomia, descritta nel 1832, con altra memoria dello stesso autore sull'operazione del taglio della sinfisi del pube, pubblicata precisamente nell'epoca da lui indicata.

La pelviotomia del GALBIATI è una felice modifica di quella proposta da AITKEN nel 1783. Questi tagliava le branche orizzontali del pube, e le branche ischio-pubiche da ambo i lati; nella idea di sostituire utilmente la sinfisiotomia. Il GALBIATI, nello scopo di dare l'ostracismo al taglio cesareo, vi aggiunse il taglio della sinfisi pubica, e quando la ristrettezza del bacino non è molto pronunziata propone di tagliare le ossa da un sol lato, dicendo nel primo caso la operazione *pelviotomia doppia, semplice* nell'altro. Il GALBIATI praticò due sole volte la operazione sulla donna vivente; la prima volta nel 1832, e, dopo di avere estratto il feto morto, vide morire la donna trenta ore dopo; la seconda volta nel 1841. Il feto nacque ugualmente morto, e la madre morì dopo sei giorni. Una terza volta fu eseguita in questo Ospedale degli Incurabili nel 1834, dal rimpianto prof. GIANFLONE, e di nuovo perirono madre e feto.

Il SOGLIANO nel VII Congresso degli scienziati italiani, adunatosi in Napoli nel 1843, nella Sezione di Chirurgia lesse una memoria intitolata: « *Riflessioni dirette a migliorare il metodo della pelviotomia*; » nella quale, ritenendo che i risultamenti infelici verificatisi nei casi surriferiti non dovessero imputarsi all'atto operativo, incoraggiava ad ulteriori sperimenti con le modificazioni ch'egli propone; cioè 1° che si eseguisse la operazione a travaglio inoltrato, ma prima della rottura del sacco delle acque; 2° che la sezione delle ossa si eseguisse quasi sempre da ambo i lati; 3° che in tutti i casi, eseguita la sezione

delle ossa, si procedesse subito alla versione del feto rompendo anche il sacco delle acque; e, se dopo estratto il corpo, s'incontrasse difficoltà ad estrarre la testa si applicasse il forcipe: 4° da ultimo, se difficile ed impossibile riuscisse il rivolgimento, vorrebbe che si aspettasse finchè la testa si avanzasse alquanto, e poi, ma sempre a ferite recenti, si applicasse il forcipe. Modificata così la pelviotomia, il SOGLIANO consigliava di preferirla, nella più parte dei casi all'operazione cesarea; ma dichiarava di non volere, come il GALBIATI, escludere questa dalle operazioni ostetriche. In seguito a vivace discussione, la Presidenza e l'assemblea conchiusero essere necessari nuovi fatti prima di proscrivere perchè dannosa, o di ammettere perchè utile questa gravissima operazione chirurgica. Nel successivo Congresso di Genova fu letta dal CAPEZZI altra memoria sullo stesso argomento, la quale provocò una calda e lunga discussione. Ma ad onta che lo stesso CAPEZZI, il CENTOFANTI, il SECONDI, ed il RAFFAELE ne contestassero la utilità, non si venne ad alcuna conclusione, ed il quesito fu nuovamente riproposto pel Congresso di Venezia, nei seguenti termini: « Determinare se nei vizi del bacino muliere limitati alla sola diminuzione del diametro sacro-pubico, e quella ridotta e confinata tra un pollice ed otto linee ed i due pollici e tre linee, possa la pelviotomia avere applicazione conveniente e razionale colla speranza di salvare la madre dagli effetti mediati ed immediati di questa operazione, ed anche di salvare il feto, quantunque, per posizione trasversa o sviluppo viziato di lui, si dovesse aggiungere un atto operativo manuale od istrumentale. » Il celebre professore LOVATI per la soluzione del quesito presentava in quel Congresso una sua Memoria, nella quale dimostrava, dietro molte e varie esperienze da lui intraprese: 1° che la pubiotomia non può in nessun caso essere sostituita alla gastro-isterotomia; 2° che la sinfisiotomia, in tutti quei casi nei quali si potrebbe avere la indicazione della pelviotomia, corrisponde egualmente, e molte volte anche meglio: 3° che le conseguenze della pelviotomia doppia sono molto più pericolose di quelle che possono tener dietro al semplice taglio della sinfisi del pube. In conseguenza conchiudeva: la pubiotomia non è operazione da ritenersi nella

pratica, non presentando indicazioni proprie, e non potendosene sperare un risultato soddisfacente, nè per la madre, nè pel feto. Queste conclusioni furono accolte da tutti, e si decise doversi la pelviotomia bandire dalla pratica.

VELPEAU, MALGAIGNE, ed il nostro DE RENZIS opinano che, perfezionati gl'istrumenti e la manovra operativa, facendo sempre la pelviotomia doppia, ed estraendo sollecitamente il feto senza troppo fidare nelle forze dell'organismo, si possono ottenere migliori risultamenti; e quindi vorrebbero che fossero ripetuti gli esperimenti.

Pochi anni or sono, il PANZETTA, ispirandosi forse nelle opere di questi illustri Chirurghi, ed attribuendo l'esito infausto della operazione alla imperfezione degli istrumenti, ed alla poco esatta esecuzione, proponeva un nuovo pelviotomo, che, a dir vero, sembra piuttosto una modifica dell'osteotomo di HEINE; e, la sua mercè, spera che la pelviotomia possa stare a livello della sinfisiotomia; ed afferma, che il parto cesareo sulla donna viva, per la maggior parte dei vizi del bacino, debba proscriversi.

Sarei lieto se si giungesse ad emancipare la Ostetricia dal bisogno della operazione cesarea, e fo plauso di gran cuore ai filantropici tentativi del GALBIATI, e degli altri che si studiarono di rendere possibile la pelviotomia. Ma finora i fatti non corrisposero alla loro aspettativa, e molto probabilmente i loro voti non saranno giammai soddisfatti. Da mia parte, sebbene io sia convinto che la pelviotomia resterà nello stato di pio desiderio, non oso di proscriverla, come non oserei di praticarla, ed attenderò che nuovi esperimenti ne pronunziino il definitivo verdetto. Non è ozioso però far rilevare che quelli stessi, che se ne mostrarono più teneri, non osarono mai negli Ospedali cui appartengono, e nei consulti cui presero parte, nè di praticarla, nè di proporla. In prova mi basta qui ricordare, che il PANZETTA, avendo avuto da poco la opportunità di operare una donna con vizio estremo, invece di provare il suo *pelviotomo*, fece la gastro-isterotomia. Concedendo per poco che si riesca a rendere meno grave la pelviotomia, concedendo pure che si pervenga con essa a salvare tutte quante le operate, meriterebbe perciò di essere preferita alla gastro-isterotomia?

Il GALBIATI, esagerando i risultamenti che si possono conseguire con la sua operazione, afferma che si possa ottenere un vuoto da cinque pollici a cinque e mezzo, spazio sufficientissimo a permettere il passaggio anche di una testa idro-cefalica. Questa porta *univalve* o *bivalve*, secondo che si pratica la pelviotomia semplice o doppia, rappresenterebbe il diametro trasverso. L'antero-posteriore poi sarebbe *illimitato*, e sempre proporzionato al feto, poichè i pubi non offrendo resistenza ad allontanarsi dal sacro, ne verrebbero di tanto allontanati per quanto fosse il volume della testa del feto, che li spingerebbe innanzi nell'attraversarli. E conchiude: « sembra dunque chiaro che quando « anche il bacino avesse un solo pollice, o meno, di spazio sa- « cro-pubico, colla mia operazione il feto potrebbe venir fuori, « poichè deve per necessità immettersi nella porta aperta nel « bacino ecc. » I fatti, che sono sempre più eloquenti delle più sode dottrine e dei più felici ragionamenti, smentiscono recisamente i calcoli del GALBIATI. Ad onor del vero debbo dire, che quando egli operò la *Maria Giuseppa Negra*, sebbene il feto fosse già morto, fu obbligato di applicare il forcipe, ed estrasse la testa a frantumi. Negli esperimenti eseguiti sul cadavere di *Clorinda de Angelis*, e di *M.^a Antonia Lombardi* si fu obbligato di fare il rivolgimento.

Il GIANFLONE estrasse pure, con molta difficoltà e dopo sforzi reiterati, un feto morto. Quindi pare che la pelviotomia, anche quando potesse stare a livello della sinfisiotomia relativamente alla madre, non offre a bene sperare per la vita del feto. E poichè io mi penso che l'ostetrico non abbia dritto di uccidere, siccome mi sforzerò di qui a poco dimostrare, mi reputo autorizzato a concludere che la pelviotomia, sino a quando nuovi fatti non depongano in suo favore, debba appartenere esclusivamente alla storia dell'arte.

Nè miglior sorte sembra riserbata alla resezione sotto-periostea, di tutto o parte della parete anteriore del bacino, proposta dal dottor DE CUSTORFORIS.¹ Egli propone a seconda dei casi, le seguenti operazioni:

¹ *Annali universali di medicina*, Milano 1838, p. 309.

1° Resezione della destra o della sinistra branca orizzontale, colla metà superiore del pube corrispondente;

2° Resezione di amendue le branche orizzontali, e della metà superiore di tutto il pube;

3° Resezione di una o di ambedue le branche ischio-pubiche,

4° Resezione della branca orizzontale, di quella ischio-pubica, e dell'osso pube di un sol lato;

5° Resezione di tutto il pube e delle quattro branche che vi si inseriscono.

Innanzi tutto si potrebbe obbiettare, che la resezione sotto-periostea eseguita su ossa sane sarebbe di difficile esecuzione; poichè il periostio non si stacca facilmente come sulle ossa cariate o necrosate, ma aderisce intimamente alla sostanza ossea. E, se il vizio dipendesse da rachitismo, le difficoltà sarebbero anche maggiori, poichè in tal caso il periostio sarebbe più sottile e più aderente che sulle ossa sane. Inoltre le deviazioni delle ossa, la sporgenza dell'utero in avanti, che quasi sempre in questi casi si ha il ventre a bisaccia, renderebbero molto più imbarazzante la operazione. Ma prescindendo dalla difficoltà della operazione, e dal tempo che richiederebbe, essa non sarebbe veramente utile che nei soli restringimenti antero-posteriori. Del resto per quanto sia ingegnosa la proposta del valente DE CRISTOFORIS, non avendo avuto finora alcuna esecuzione, io mi credo nel dritto di riserbarmi il giudizio, augurandomi che il solerte autore possa presto illuminarci con prove di fatto.

Da ultimo devo dire che JACOLUCCI ¹ ad evitare la operazione cesarea nei casi d'indicazione incondizionata, quando, morto il feto, c'incumbe solo il dovere di salvare la madre, propone la combinazione della sinfisiotomia e della embriotomia; le quali, perchè *meno gravi della isterotomia, offrirebbero maggior probabilità di successo.*

Che ciascuna delle enunciate operazioni sia meno grave del taglio cesareo non v'ha chi il neghi; ma che lo siano ugualmente prese insieme, e nelle condizioni volute dall'Autore, non può consentirsi. A prescindere che la sinfisiotomia non è indicata

¹ Morgagni 1837.

in tutte le forme di angustia pelvica, e che l'ostacolo al parto non dipende sempre da restringimento del diametro sacro-pubico; ponendo da banda le tante ragioni per le quali le operazioni proposte, gravi in sè stesse, sarebbero gravissime quando fossero praticate simultaneamente, sarebbe sempre attuabile la idea del JACOLUCCI?

Il TARSITANI mostrandosene partigiano, ha voluto che si attuasse anche nei maggiori restringimenti, aggiungendovi l'applicazione del forcipe. Supponiamo per poco che il bacino, viziato solo nel diametro antero-posteriore, offrisse nel suo minor diametro un pollice: la sinfisiotomia potrebbe offrirci, volendo essere generosi, un aumento di sei a sette linee.

Quindi saremmo obbligati di praticare le cefalotripsia con un restringimento di 18 a 19 linee; ed ognuno sa che in queste condizioni la cefalotripsia, se pure fosse possibile, sarebbe grave quanto la operazione cesarea; ed in questo caso, aggiungendoci i danni derivanti dalla sinfisiotomia, sarebbe certamente più grave della stessa isterotomia. E se il restringimento fosse maggiore si dovrebbe, dopo di avere straziato per tanto tempo e così barbaramente la partorienti, condannarla alla gastro-isterotomia, che s'intendeva di scongiurare!!...

Mentre ammiro il lodevole scopo che spingeva il professore JACOLUCCI ad investigare nuovi mezzi, onde risparmiare alla donna la isterotomia, della quale ora il dotto chirurgo, dopo il favorevole esito da lui ottenuto, dovrebbe temer meno, io devo dichiarare, che non saprei preferire la proposta alleanza alla sezione cesarea.

b) *Nel corso della gravidanza.*—Nel caso di indicazione assoluta, quando cioè il restringimento delle vie di espulsione rende impossibile la estrazione del feto a termine, vivo o morto che sia, dobbiamo risolvere un altro difficile ed arduo problema.

Avendosi nei primi mesi di gravidanza la opportunità di osservare la donna, ch'è in tale condizione, si deve permettere che la gestazione compia la sua evoluzione, o bisogna interromperne il corso? La scuola inglese propone l'aborto provocato, che era stato già consigliato da AIZIO e PAOLO EGNETA. Questa pratica una volta comunissima in Grecia, discussa

vivamente e per molto tempo, oggi è accolta dalla pluralità degli ostetrici. In Germania trovò il più valido appoggio nel celebre Naegele, che con la sua autorità trasse in questa opinione tutte le scuole alemanne: le quali attualmente esagerandone le indicazioni, si permettono di provocare l'aborto anche per diminuire gli accessi di asma (SCANZONI)¹, nelle raccolte idropiche (BRAUN)² ecc. ecc.

A poco a poco questi precetti si fecero strada anche in Francia, dove maggiore era la opposizione: ed oggi dalla miglior parte dei Francesi si ammette perfettamente la indicazione dell'aborto artefatto nei casi di che ci occupiamo. Il VELPEAU confessa, che nel caso di estrema ristrettezza della pelvi, se fosse dimostrato impossibile il parto a termine, non esiterebbe a consigliare l'aborto fino dai primi mesi della gestazione. Non meno recisa è la opinione di CAZEAUX, JACQUEMIE, CHAILLY-HONORÉ, PAJOT ecc. ecc. Il DUBOIS non osò pronunziarsi in modo assoluto nella celebre discussione dell'Accademia di Medicina di Parigi, provocato dal seguente problema formulato dal LENOIR: « *Doit-on dans les rétrécissements extrêmes du bassin, qui ne laisseraient, à terme, de recours que dans l'opération césarienne, pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité pendant la grossesse?* » Il DUBOIS sostenne che non si debba sempre ed in ogni luogo provocare l'aborto, nello intento di non essere costretti più tardi a praticare il parto cesareo, onde non esporsi ad infliggere un biasimo all'ostetrico, che preferendo la gastroisterotomia riuscisse ad eseguirla felicemente.

Il DANYAU, sebbene fautore dell'aborto, pure fece delle riserve: « per quanto poco io possa essere partigiano della operazione cesarea, non potrò trovarmi un giorno, fuori di Parigi o nella stessa Parigi, di fronte ad un caso evidentemente favorevole, del quale mi sia dato di migliorare le condizioni dell'epoca della operazione, e per tutta la durata delle sue conseguenze? » Per lo contrario l'aborto provocato viene recisamente condannato da LEBLET, BOURGEOIS, HUBERT, DECOËNE, CARPENTIER, ed

¹ *Precis théorique et pratique de l'art des accouch.* p. 127.

² BRAUN-CASATI, *Compendio di Ostetricia*, p. 17.

altri, capitanati dall'eminente Clinico di Strasburgo, il quale, protestando contro alcune espressioni di una lettera del PAJOT, diceva: « Non è questa la prima volta che mi elevo contro una « dottrina di origine inglese, che si è cercato di trasportare sul « continente dopo un certo numero di anni. Mentre si fa rea- « zione in Inghilterra, si pone studio di fare accreditare in Fran- « cia delle invecchiate dottrine. »

In Italia, se ne toglie FINIZIO, TARSITANI, e RAFFAELE GIOVANNI, gli altri riprovano unanimemente l'aborto provocato per angustia della pelvi. Il LOVATI nelle sue lezioni dettate nella rinomata Università Ticinese, parlando dell'aborto provocato, diceva: essere il *germicidio* inumano ed immorale, ed essere sempre un delitto sacrificare il feto coll'aborto provocato nell'unico scopo di risparmiare alla madre le pericolose conseguenze della operazione cesarea. Il MINATI ¹ scrive « di quante discus- « sioni si sono fatte per sostenere la importanza scientifica dello « aborto provocato per arte, io non ne trovo una che abbia cal- « mata la mia coscienza. Io ritengo che scientificamente non « si debba ricorrervi, se non unicamente in quei casi in cui « la vita della madre e quella del feto sieno irreparabilmente « compromesse. Ma questi casi, in cui la scienza può pronun- « ziare un giudizio assoluto, sono ben rari, e forse si riducono « a due se non ad un solo. » Il PASTORELLO ² il nostro compianto DE RENZIS ³ ed il valente nostro JACOLECCI, ⁴ professano francamente gli stessi principi, nè si pronunziano in modo meno esplicito. Il prof. BALOCCHI, nella 2.^a edizione del suo *Manuale completo*, non l'approva nè lo biasima; ed opina che possa essere praticato o rigettato secondo i casi speciali.

L'autorità di tanti illustri scrittori, che a scongiurare il parto cesareo, raccomandano nel corso della gravidanza l'aborto provocato mi ha fatto seriamente meditare sulla convenienza di questa operazione. Ma devo dire, con sommo dolore dell'animo mio, che non posso condividere i loro principi. In altra circostanza

¹ Annot. sul parto premat. artifi. pag. 27. Firenze 1862. — ² Trattato di Ostetricia, vol. II, p. 361. — ³ Istituzioni di Patologia Chir. vol. 6, p. 303. —

⁴ Morgagni, An. IV, p. 721.

io scriveva che il Chirurgo sarebbe autorizzato a provocare l'aborto, solo quando si verificassero due estremi: 1° che la vita della madre fosse assolutamente minacciata dalla malattia o dalle condizioni che consigliano l'aborto; 2° che i mezzi adoperati per vuotare l'utero non producano danno uguale o maggiore di quello che s'intende di evitare. E, dichiarando non esistere un sol fatto in cui si avverassero tali condizioni, conchiudeva: che l'aborto provocato dal Chirurgo sia sempre criminoso. Attualmente, se dovessi discutere le indicazioni dell'aborto ostetrico, sarei meno assoluto, poichè possono esservi circostanze che ne richieggano l'uso; ad es. la rottura dell'utero nei primi mesi di gravidanza. In tal rincontro anch'io praticerei l'aborto per la salvezza della madre, perchè, trascurandolo, morrebbero evidentemente e madre e feto. Ma trattandosi di angustia pelvica, non essendo dimostrato che la madre al termine della gravidanza debba assolutamente morirne, io mantengo le mie conclusioni—in questo caso l'aborto artificiale per me è un delitto.

Non mi dissimulo la difficoltà che presenta la soluzione della questione, sento la insufficienza delle mie forze a lottare contro la corrente, riconosco essere audacia combattere una opinione sostenuta da chiarissimi nomi, ma, abituato a non transigere con le mie convinzioni, pur rispettando le altrui, cercherò alla men triste di dimostrare il mio assunto. Ed a meglio risolvere la questione, stimo mio debito discutere preliminarmente se il feto ha dritto alla esistenza.

I fautori dell'aborto considerano il feto come una pianta, come un parassita, come un neoplasma, e peggio; perciò non incontrano alcuna repugnanza a sacrificarlo, ed in ciò sono conseguenti. Resta a vedere se la loro condotta sia giustificabile. Io potrei ripetere con TERTULLIANO: *Homo est qui futurus est*, potrei appellarmi ai precetti delle religioni, ma desidero restarmi nel puro campo della *Dea Ragione*. Non sono le relazioni col mondo esteriore che stabiliscono la esistenza; la vita è trasfusa nell'atto della fecondazione, e da questo momento il novello essere acquista dritto alla sua conservazione. Nè vale opporre che l'embrione è un essere di svolgimento problematico; per

me basta che sia un essere, perchè si abbia il dovere di rispettarlo; nè so vedere qual differenza corra fra *infanticidio* e *feticidio*. È vero che il neonato ha più probabilità di conservarsi la vita, ma questa ragione non giustifica l'aborto; poichè, se la importanza dell'individuo dovesse valutarsi alla stregua delle probabilità sulla vita, l'infanticidio dovrebbe essere meno criminoso dell'omicidio perpetrato su di un fanciullo, questo meno di quello dell'adulto, e via dicendo. Niun uomo di buon senso ammetterebbe questa distinzione; eppure vi sono uomini illuminati che non veggono la mostruosità delle conseguenze derivanti dalle loro premesse. Il più fiero materialista, sia pure il mio amico prof. PRIMAVERA, non oserebbe attentare alla vita dell'embrione, e concederebbe ad ogni organismo umano gli uguali dritti dal momento della fecondazione. Dovendosi dunque considerare il feto come un essere individuo, ci resta ad esaminare se la sua esistenza meriti o non di essere anteposta a quella della madre.

Gli argomenti degli abortomaniaci possiamo ridurli: 1° al dritto naturale che ha la madre di conservarsi la esistenza; 2° allo stato di legittima difesa; 3° alla sua maggiore importanza sociale.

In quanto alla prima ragione io concedo volentieri, che la madre abbia il dritto di conservarsi la esistenza, e di rifiutare la operazione cesarea; ma questa sua determinazione manifestata fin dai primi mesi di gravidanza non ci autorizza a praticare l'aborto, poichè il feto ha l'uguale dritto di esistenza, ed, essendo egli impotente a farlo rispettare, l'ostetrico è nel dovere di proteggerlo. Se, invece di dire alla madre che ella può evitare i gravi pericoli della isterotomia provocando l'aborto, le si dicesse al termine della gravidanza, che solo dalla operazione cesarea ha speranza di salvezza, io son certo che vi si rassegnerebbe di buon grado, non altrimenti che gli altri infermi i quali nel bisogno si sottopongono alle più gravi operazioni chirurgiche.

Lo stato di legittima difesa neppure regge alla critica. Il feto non è un aggressore; egli è puramente passivo; e, quand'anche lo fosse, bisognerebbe dimostrare, onde si verificchino gli estremi

voluti dalla legge, che la madre non possa diversamente salvarsi. Concedendo per poco, che la madre possa uccidere il feto per sua legittima difesa, non ne emerge la facoltà di trasmettere ad altri i propri dritti. Supponiamo che due individui vengano fra loro a colluttazione; se l'uno è per vibrare all'altro un colpo mortale, questi sarebbe nel dritto di ucciderlo, se non potesse diversamente schivare il colpo. Ma se un terzo uccidesse l'aggressore per salvare la vita dell'altro, sarebbe responsabile del fatto suo. Perciò l'ostetrico non sembrami affatto autorizzato a praticare l'aborto per legittima difesa della madre.

Da ultimo la maggiore importanza sociale della madre non vale più degli altri argomenti. Nessuno può elevarsi a giudice della importanza sociale del feto, nessuno può prevedere i futuri destini del novello essere. Non potrebbe l'embrione racchiuso nell'utero materno essere un giorno il più grande benefattore della umanità? Chi ci dirà che egli non sarà per essere un GALILEO, un NEWTON, un WASHINGTON, un COLOMBO, un VICO, un GARIBALDI, un CRISTO, ecc.? Che importanza sociale può avere al paragone una donna rachitica, la cui esistenza suol'essere molto breve, una donna che non potendo giammai essere madre rappresenta appena un essere parassito? Niuno al mondo l'obbliga a mettersi nel caso di concepire, e, quando cedendo alla concupiscenza ha voluto ricevere gli amplessi dell'uomo, ha l'indeclinabile dovere di gustare i soavi piaceri della maternità, o di subire la pena dovuta alla sua incontinenza.

Volendo aver riguardo alle sociali considerazioni, a maggior ragione noi dovremmo, richiesti, prestare l'opera nostra ad una infelice ed inesperta giovinetta, che, lasciandosi sedurre, vittima di un tradimento divenisse incinta: l'onore vale più della vita. E chi non vede la spaventevole importanza delle morali e sociali conseguenze?... calpestato l'onore ed il decoro delle famiglie, abbrutiti i costumi: la società sarebbe minata dalle sue fondamenta.

Non facciamo di rendere l'aborto più popolare di quello che sciaguratamente già è presso di noi; nessuno dovrebbe ignorarne la frequenza. In quanto a me, posso assicurare che spesso vengo richiesto di consigli e di mezzi abortivi, e spessissimo son

chiamato a curare gli effetti di aborti delittuosi!! Ammettendo anche, ciò che non è, che la madre abbia maggiore importanza sociale del feto, allora si dovrebbe preferirla al figlio, quando la vita di uno di essi escludesse quella dell'altro. Ma questa condizione non ha luogo menomamente, potendosi con la isterotomia salvarli entrambi, mentre l'aborto perderebbe senza meno il feto, e potrebbe compromettere anche la madre. Io non so persuadermi come si possa preferire una operazione che può uccidere due individui, ad altra che può salvarli.

Le ragioni addotte dai fautori dell'aborto non hanno un valore reale, esse sono più o meno speciose, nè possono riuscire convincenti a chi giudica con la fredda ragione. Ed io son lieto di ripetere col BOURGEOIS: « Evvi in ogni società un principio « fondamentale, una legge eterna ed immutabile, che ci proibisce di attentare alla vita altrui; la nostra arte deve anzitutto « e soprattutto rispettare questa legge sublime, che ognuno sente « nel fondo del suo cuore. Un atto che si propone di uccidere « direttamente, e con animo deliberato, una creatura umana, « non può trovar luogo fra le operazioni. »

Io mi penso dunque che per angustia pelvica debba proscriversi questa pratica omicida, e che lasciare andare a termine, in queste circostanze, una gravidanza di quattro mesi non sia nè una cattiva chirurgia, nè una cattiva azione, secondo afferma il PAJOT: ma invece una razionalissima chirurgia ed un'ottima azione. Qualunque sia il grado del restringimento si deve sempre all'aborto preferire la operazione cesarea, la quale non dev'essere considerata come l'*infanzia dell'arte*, ma come il suo più sublime trovato.

Il TARSITANI¹ consiglia, quando il bacino ha almeno la dimensione di un pollice e mezzo (0^m,041) nel minor diametro, il parto prematuro combinato alla sinfisiotomia. Ma poichè questa operazione neppure permetterebbe il passaggio della testa di un feto settemestrale, l'autore propone che la si faccia seguire dall'applicazione del forcipe. Concedendo anche al TARSITANI che la sinfisiotomia aumenti di nove linee il diametro ristretto in un

¹ *Lezioni di Ostetricia*, p. 434.

bacino viziato, ciò che non pare ammissibile in tutti i casi, pure il minor diametro al più sarebbe di due pollici ed un quarto; e, per conseguenza, la testa del feto dovrebbe subire una riduzione; e perciò, supponendola anche delle ordinarie dimensioni, si avrebbe pochissima o niuna probabilità di salvarlo. Evidentemente maggiori sarebbero i pericoli qualora la testa non offrisse il suo minor diametro in corrispondenza del più piccolo del bacino, o quando la presentazione non fosse quella del vertice; senza dire che in ogni caso si dovrebbe fare o l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, o il rivolgimento. Seguendo il consiglio di TARSITANI, il feto sarebbe sacrificato, e la madre esposta gravemente; poichè sommando i pericoli del parto prematuro, della sinfiotomia, e dell'applicazione del forcipe o del rivolgimento, secondo la presentazione, si otterrebbe tale una risultante da mettere i brividi addosso anche al prof. TARSITANI, il quale calcola troppo leggermente i pericoli delle operazioni che interessano gli organi della madre, sol perchè nella sua lunga carriera non ancora ha la opportunità di eseguirne alcuna!

Attendendo che il TARSITANI giustifichi con fatti la combinazione da lui proposta, io fo voti che gli ostetrici stampino bene in mente le seguenti memorabili parole dell'illustre BALOCCHI.¹

- Noi non sappiamo nè possiamo deplorare abbastanza la corrente che oggi trascina il maggior numero dei felici ingegni che coltivano l'arte salutare, corrente che li porta a cercare nuovi farmaci, nuovi istrumenti, nuovi metodi e processi operatori. Sebbene questo spirito del secolo ristretto in certi confini sia assolutamente lodevole, non possiamo a meno di rammentare come per ottenere i reali ed utili progressi che dalla scienza ha dritto di attendere l'arte nostra, la vera e più proficua missione della medicina e della chirurgia sia quella di cercare ardentemente le precise indicazioni che per ogni singolo caso richiedono un farmaco ed un processo operatorio, piuttosto che correre dietro a farmaci nuovi od a nuove operazioni.

¹ *Lo Sperimentale* — Anno XI, serie IV, tomo IV, p. 87.

BI. Indicazione relativa.

a) *Durante il travaglio del parto.* — Se nei restringimenti che misurano al di sotto di 0^m,047 la gastro-isterotomia è assolutamente indicata, non lo è meno negli altri che non permetterebbero altrimenti la estrazione di un feto vivente. Ma, potendosi estrarlo con i vari processi di embriotomia, la indicazione dicesi *relativa*; ed il suo limite superiore è determinato da quel grado di angustia, che rende proficua la sinfisiotomia. Questa utilissima operazione, consistente nel taglio della sinfisi pubica, già preconizzata da SYLVIVS, dal PINEAU e da GALENO (*non tantum dilatari, sed et secari tuto possunt, ut internis succurrantur*), ed eseguita da DELACOURVÈ,¹ sul cadavere di una donna morta prima di sgravarsi, fu formalmente proposta nel 1768 all' accademia di chirurgia dal SIGAULT, che venne dal LOUIS dichiarato giovine privo di riflessione; mentre dall' altro lato l' accademia ne respingeva la proposizione senza neppure prendersi la briga di esaminarla. Il giovine autore, senza punto disanimarsi, la ripropose nel 1773 alle scuole di *Angers*, e quattro anni più tardi la praticò sulla *Souchot* alla presenza di A. LEROY,² salvando madre e feto. Il brillante risultato da lui conseguito, gli valse il titolo di primo benefattore della umanità, ed una medaglia di onore decretatagli dall' accademia di medicina, che dovette sostenere una scandalosa polemica con quella di chirurgia, pertinace nella primitiva opinione. Da quel momento la sinfisiotomia subì le stesse vicende serbate a tutti i nuovi trovati: si ebbe i suoi partigiani ed i suoi detrattori, se ne esagerarono i vantaggi e le indicazioni, e ne fu con troppa leggerezza negata la importanza. Ma oggi, tuttochè i Tedeschi non si degnino neppure di registrarla nelle loro opere, gode il meritato favore dei pratici più illuminati e coscienziosi; sebbene, la mercè del parto prematuro artificiale, le sue indicazioni siano di molto ristrette.

¹ *De nutr. foetus in utero paradox.* Danzica 1855.

² *Recherches historiq. etc. sur la sect. de la symp. etc.* 1777-1778.

Il torto di SIGAULT fu quello di proporre la sinfisiotomia come operazione valevole a sostituire in *tutti i casi* la isterotomia: come ebbero torto GIRAUD¹ e BODIN² asserendo, che la sezione cesarea debba esserle preferita solo quando il diametro sacropudendo ha meno di un pollice, o quando il restringimento dipenda da esostosi nello stretto superiore.—Dall'altra parte non esagerarono meno DENMAN,³ LAUVERIAT,⁴ DEWEES⁵ CHAILLY⁶ CAZEAUX⁷ ed altri, che la vorrebbero rigettata in tutti i casi. Da parte le esagerazioni, la sinfisiotomia può ne' casi di precisa indicazione, riuscire di molto vantaggio, siccome è luminosamente dimostrato dalle operazioni eseguite dai valentissimi nostri Chirurghi signori FERRARA, GALBIATI, RISPOLI, DE RENZIS, PETRUNTI, COLUZZI, IPPOLITO, IACOLUCCI e CACCIOPOLI, che salvarono con essa madre e feto.

Per non vagar fuorviando, prenderò solo in disamina il limite fino al quale può la sinfisiotomia ragionevolmente sostituire la operazione cesarea, la cui *indicazione relativa* cessa là dove comincia quella dell'altra.

Dalle molteplici esperienze istituite dal BAUDELLOCQUE e da altri sul cadavere di donne morte nello stato di gravidanza o immediatamente dopo del parto, risulta che la sezione dei pubi può produrre un divaricamento spontaneo di 8 a 10 linee, e divaricando le anche in senso opposto, mentre si flettono le cosce ad angolo retto sul tronco, i pubi possono allontanarsi per circa due pollici senza gravi inconvenienti. Esercitandosi più valide trazioni si potrebbe ottenere un divaricamento anche maggiore, da 2 poll. e mezzo a 3, siccome l'ottennero GIRAUD⁸ ed ANSIAUX:⁹ ma allora, se pure non si lacerino le sinfisi sacro-iliache, *si lacerano estesamente i ligamenti sacro-iliaci anteriori, il periostio si solleva, e le sinfisi sacro-iliache si aprono a segno da potervi penetrare talvolta con l'apice di un dito.*¹⁰ Avendo anch'io, su donne

¹ Journ. gén. t. VI, p. 70. — ² Essai sur les accouch., p. 3. — ³ Introd. à la pratiq. etc., t. IV, p. 234. — ⁴ Nouvelle méthode de pratiquer l'opér. césar., p. 196-312. — ⁵ System. of. midwif., 1825. — ⁶ Traité pratique de l'art. des accouchements, p. 726. Paris. 1861. — ⁷ Traité théor. et prat. de l'art. des accouch., p. 884. Paris. 1858. — ⁸ Thèse-Strasb. 30 août. 1824. — ⁹ Clin. chir. 1829. — ¹⁰ LOVATI, op. cit. p. 152.

morte dopo il parto, ripetuto questi esperimenti, non sono mai riuscito a disunire le sinfisi posteriori, ma ho potuto verificare spessissimo i danni deplorati dall'eminente clinico di *Pavia*; perciò mi penso non essere lecito spingere il divaricamento dei pubi oltre i due pollici, se si vuole che la operazione dia favorevole esito.

Il GALBIATI¹ crede che si eviterebbero tutti i pericoli, qualora l'allargamento dei pubi si facesse *a poco a poco, per gradi, in un modo interrotto, ed in una estensione di tempo significante*. Le osservazioni che mi appartengono depongono contro la sua opinione. Per quanta diligenza io avessi usata nel seguire i suoi precetti, una sola volta mi riuscì di ottenere un divaricamento di due pollici e mezzo senza alcuna lesione.

Si è pure preteso aver la esperienza mostrato che nei bacini viziati si possa ottenere un divaricamento maggiore che nei normali, ma saviamente BOER e la signora LACHAPELLE hanno notato che possa benissimo avverarsi il contrario. Infatti tacendo del bacino *obliquus ovolare*, in cui si ha quale principale carattere la sinostosi di una delle articolazioni sacro-iliache, vi hanno non pochi bacini viziati che presentano ossificazione o pochissima mobilità delle articolazioni. Laonde, non tenendo in alcun conto i casi eccezionali, che non possono infermare la regola, noi non dobbiamo oltrepassare i limiti di sopra precisati.

Circa la influenza che il divaricamento dei pubi esercita sui diametri del bacino, si conviene da tutti che le ossa del pube si portano tanto più in avanti, quanto più sono fra loro allontanate; in modo che, ad ogni mezzo pollice di allontanamento fra i pubi, si guadagna nella lunghezza del diametro antero-posteriore circa una linea; con 2 pollici 3 linee, con 2 pollici e mezzo 8 linee. Fanno eccezione a questa regola i bacini nei quali i pubi sono appianati o respinti in dietro, e che perciò controindicano la operazione.

Siccome, rigorosamente parlando, non esiste più in questi casi il diametro sacro-pubico, che può considerarsi come surrogato da due linee, che partendo dal promontorio si portano alla

¹ Sull'operazione del taglio della sinfisi del pube, p. 28, 1819.

faccia articolare di ciascun pube, così esso viene rappresentato da una linea fittizia, che dal promontorio andrebbe a terminarsi direttamente in avanti, nel punto ove i due archi laterali prolungandosi verrebbero ad incontrarsi.

L'aumento che si ottiene fra il sacro e la metà anteriore del bacino cresce a misura che ci allontaniamo dalla linea mediana, e perciò i diametri obliqui acquistano un aumento molto più significante. Dalle esperienze di DESGRANGES si rileva che quando i pubi sono allontanati per 2 poll. e mezzo, i diametri obliqui crescono 8 linee, il diametro trasverso circa un pollice ed un quarto nel distretto superiore, e maggiormente nello inferiore.

Non dovendosi dunque, per le ragioni summenzionate, allontanare i pubi oltre i due pollici, il diametro antero-posteriore non può acquistare che circa mezzo pollice di aumento: e, ponendo a calcolo la riduzione che si ha nel bi-parietale della testa del feto per l'impegno della gobba parietale fra i pubi allontanati, l'aumento può essere valutato a 8 o 9 linee; quello del trasverso ad un pollice, e quello degli obliqui a circa 8 linee. GALBIATI, ad ottenere maggiore diminuzione della testa del feto, consiglia di mettere il diametro occipito-frontale in rapporto con l'antero-posteriore del bacino; ed assicura, che a questo modo possa conseguirsi una riduzione di un pollice e mezzo, siccome egli stesso ebbe a verificare sulla *Lucia Amato*, il cui diametro sacro-pubico segnava appena 2 pollici e qualche linea. Egli crede che ciò dipenda dall'occipite, che, impegnandosi fra i pubi divaricati, verrebbe ad oltrepassarli per un pollice e mezzo: « A questo pollice e mezzo, aggiunti i due pollici di « spazio preesistente, e mezzo pollice effettuato dalla operazione, si avrà la somma dei quattro pollici e qualche linea del « maggior diametro della testa di tal feto che fu da quel bacino « estratto. »¹

Solo la decisa avversione dell'autore pel parto cesareo può spiegarci questo enorme svarione; quando egli scriveva, senza dubbio, la passione gli velava l'intelletto. Non vi ha chi non

¹ Mem. cit. p. 26.

sappia, che, nelle posizioni occipito-anteriori, non è il diametro occipito-mentoniero che si pone in rapporto con gli antero-posteriori del bacino; ma invece il sotto-occipito-bregmatico, che misurava nel feto in parola 3 pollici e 2 linee. In conseguenza la cosa si spiega naturalmente. Infatti, se ai 2 pollici e 2 linee del diametro sacro-pubico, aggiungiamo le nove linee ottenute dalla operazione, avremo un diametro di 2 pollici ed 11 linee, che poteva benissimo, atteso la riduttibilità della testa, dar passaggio al bi-parietale di 3 pollici e 2 linee: nè occorre gridare al *miracolo*, rigettandosi la opinione dell' autore. Ma, vi ha di più; anche ammettendo che il maggior diametro della testa si trovasse in corrispondenza dello spazio antero-posteriore, possiamo renderci ragione del come il feto venisse fuori senza accettare la interpretazione del GALBIATI. La estrazione si fece mediante il rivolgimento, e necessariamente la testa doveva essere in flessione, quindi l' occipito-mentoniero non attraversò affatto un diametro di due pollici e mezzo, siccome pretende il distinto nostro concittadino.

Dalle discorse cose sembrerebbe, che gli autori dovessero essere di accordo nello stabilire i limiti della sinfisiotomia; eppure chi lo pensasse s'ingannerebbe a partito. Su ciò regna fra loro una rincrescevole discrepanza: a me basta far notare che il limite inferiore fissato da MAYGRIER e dal GALBIATI a due pollici meno un quarto ($0^m,047$), venne dal BALOCCHI elevato fino a due pollici e tre quarti ($0^m,076$).

Onde fissare scientificamente il limite inferiore della sinfisiotomia, dobbiamo esaminare fino a qual punto sia sperabile la espulsione spontanea del feto, o la sua estrazione col forcipe.

Nel feto a termine i diametri, che sogliono mettersi in rapporto con quelli del bacino, misurano ordinariamente 3 pollici e mezzo. E poichè la ragion clinica non consente che una riduzione artificiale di sole 3 linee, rigorosamente parlando, non ci è permesso a feto vivente di applicare il forcipe quando il minor diametro della pelvi ha meno di 3 pollici ed un quarto. Ugualmente non è possibile nelle condizioni ordinarie che il parto si compia spontaneamente a bacino più angusto, sebbene in questo caso possa ottenersi una maggiore riduzione della testa,

senza che la vita del feto ne resti compromessa. È vero che a restringimento più avanzato si estrarrebbero più volte col forcipe feti viventi; è verissimo che sotto l'azione di validissime e durature contrazioni la testa del feto possa quasi modellarsi alla forma del bacino senza che la sua vita ne soffra. Ma in questi casi, certamente rarissimi ed eccezionali, la testa del feto o era più piccola dell'ordinario, o godeva di una straordinaria reduttibilità. Ed il clinico deve prendere a norma della sua condotta i soli fatti ordinari, e non cullarsi in beate illusioni, se desidera davvero essere ministro di salute. Perciò, ponendo a calcolo l'aumento che i vari diametri del bacino possono conseguire dalla operazione, io credo che nei restringimenti antero-posteriori la sinfisiotomia non debba praticarsi al disotto di 2 pollici e mezzo; negli altri la si potrebbe tentare anche fino a 2 pollici. Al disotto di queste dimensioni la operazione sarebbe irrazionale, perchè inutile a feto morto, ed insufficiente a feto vivo; nè io posso approvare la condotta di quelli che confidano troppo nel forcipe per espletare il parto, poichè dopo ripetute applicazioni la vita del feto è già seriamente compromessa, e quella della madre esposta ai più gravi pericoli per la necessaria distrazione delle sinfisi posteriori. Su questo riguardo il professore JACOLUCCI scrive: « L'applicazione del forcipe non di rado uccide il feto, e cagiona gravissimi danni alla madre; s'insegna che il forcipe è strumento di trazione, ma la pratica ne abusa per comprimere la testa del feto talmente, che in quanto agli effetti ne disgradisce il cefalotribo. Forse sarebbe meglio elevare di qualche linea il limite inferiore assegnato al forcipe, forse in qualche caso la sinfisiotomia sarebbe meno nociva di una violenta e temeraria applicazione di forcipe. » Per questa ragione appunto io vorrei che fatta la sinfisiotomia, si affidasse il parto sempre alla natura, la quale suole trionfare meglio dell'arte di non pochi ostacoli, e nel caso nostro essa potrà sicuramente espletare il parto, purchè si operi appena cominciato il travaglio. Quando non si volesse ad ogni costo praticare la gastroisterotomia, sarebbe più logico fare la embriotomia, la quale da due pollici a due e mezzo sarebbe per la madre meno grave della stessa sinfisiotomia.

Stabilito il limite inferiore della sinfisiotomia a 2 pollici e mezzo nel diametro antero-posteriore, la *indicazione relativa* della operazione cesarea si estende naturalmente da un pollice e tre quarti (0^m,047) a due pollice e mezzo (0^m,068).

1. *Indicazione relativa, durante il travaglio del parto, a feto morto.*— A questo grado di restringimento, se il feto è morto, si conviene da tutti doversi praticare la cefalotripsia, che gl'inglesi, moltissimi francesi, ed alcuni tedeschi, vorrebbero anche a feto vivente anteporre alla gastro-isterotomia. In quanto a me, non posso approvare questa condotta per le identiche ragioni che mi facevano proscrivere l'aborto ostetrico nell'angustia pelvica; e son lieto di potere affermare che in Italia nessuno abbia osato di proporla a feto vivente, neppure i partigiani dell'aborto, i quali forse senza avvedersene si trovano in flagrante contraddizione.

Quantunque al disotto di due pollici (0^m,054) la embriotomia suole riuscire gravissima, pure è stata taluna volta praticata felicemente. In generale può dirsi essere i danni che possono derivarne in ragione inversa della esperienza e dell'abilità dell'operatore. Ad ogni modo, a renderla accessibile ai più, da due pollici (0^m,054) a due meno un quarto (0^m,047) consiglio la *cefalotripsia ripetuta senza trazione*, che può rendere in queste circostanze degli eminenti servizi. Il PAXOT, ¹ cui è dovuto questo nuovo metodo, prima della completa dilatazione del collo uterino fa la craniotomia, ed appena si può, applica il cefalotribo facendo esercitare da aiutanti valida pressione sull'ipogastrio, onde fissare la testa al distretto superiore. Fatto lo schiacciamento, imprime allo strumento un moto di rotazione dal lato che meglio si presta, onde mettere la parte compressa in rapporto col minor diametro del bacino. Poscia ritira l'istrumento con le maggiori precauzioni, e ripete una o due volte lo stesso processo, senza mai esercitare alcuna trazione. Ogni due o tre ore si ripetono gli schiacciamenti multipli, facendone due o tre per ogni seduta. Se, ridotta la testa, il tronco non potesse venir fuori, bastano ordinariamente due applicazioni per

¹ Archiv. de mai, 1863.

vincere ogni resistenza. Finora l'autore non ha avuto mai bisogno di fare più di quattro sedute, e nella pluralità dei casi è riuscito con due o tre. Avendo egli operato due volte con un restringimento di 0",030, nel primo caso il parto ebbe luogo spontaneamente dopo due sedute e sei schiacciamenti, nell'altro dopo quattro sedute ed undici applicazioni.

Il metodo del PAJOT rendendo, pel tempo che richiede, più lungo e perciò più pericoloso il travaglio, non meriterebbe di essere agli altri preferito, se non offrisse l'importantissimo vantaggio di bandire le ripetute trazioni, che sogliono essere sempre pericolosissime. Perciò, se non si vuole perdere la opportunità di giovare di questo metodo, occorre operare appena dichiarato il travaglio del parto. Intervendo più tardi, o le condizioni generali della operanda ne controindicherebbero la esecuzione, o le contrazioni uterine affievolite o sospese renderebbero impossibile la espulsione spontanea del feto, obbligando ad esercitare, e con minore probabilità di successo, quelle tanto temute trazioni che si volevano evitare.

2. *Indicazione relativa, durante il travaglio del parto, a feto vivente.*—Essendo il feto vivente, ed assicuratici bene della sua vita per attente e reiterate osservazioni, si deve sempre fare la gastro-isterotomia. Nei restringimenti in discorso, a feto vivo io non ammetto altre indicazioni; ma consento che non si debba intraprendere la operazione senza il deliberato consenso della partoriente. Noi non si deve violentare l'altrui volontà, non si deve esercitare alcuna pressione sull'animo della paziente, ma porre coscienziosamente la questione nei suoi veri termini, ed attendere che la donna, dopo matura riflessione, si risolva. Se ella ricusasse la operazione, sarebbe una orribile crudeltà assoggettarvela per forza, siccome raccomanda OSIANDER¹ e siccome pur troppo fu taluna volta praticato. A lei esclusivamente si appartiene il dritto di decidere; ma laddove rifiutasse la operazione non credo che l'ostetrico sarebbe autorizzato a fare la cefalotripsia, siccome vorrebbe il GRENSER.² Io penso che bisogna

¹ *Handb. d. Gynäk.*, 2^a ediz. Bd. II pag. 478 — ² VARNHIL — GRENSER
Lehrbuch der Geburtshilfe 6^a ed. 1867 — p. 165.

attendere prima la morte del feto, che voglio sempre rispettato finchè è in vita. Comprendo che circa il risultato non vi ha alcuna differenza fra l'ucciderlo ed attendere che muoja, ma potendo avvenire che la madre muti consiglio prima della morte naturale del suo portato, per lo meno saremo scevri di ogni responsabilità, e non avremo nulla a rimproverarci. Mi fa più orrore uccidere un feto tutto vita, che costringere la madre ad essere operata di taglio cesareo.

b) *Indicazione relativa durante il corso della gravidanza.* Offrendosi a noi nel corso della gravidanza, e prima della fine del settimo mese, la opportunità di osservare una donna con restringimento da 0^m,047 a 0^m,061, possiamo giovare di due altre risorse, onde evitare a termine della gravidanza la operazione cesarea. Da 0^m,068 a 0^m,061 possiamo praticare il parto prematuro artificiale, e da queste dimensioni a 0^m,047, ci avvantaggeremo dell'alleanza tra la sinfisiotomia ed il parto prematuro, proposta dal Prof. JACOLEUCCI.⁴

L'onore della formale proposta e della prima esecuzione del parto provocato precocemente si deve agl'inglesi. Praticato la prima volta da MACAULAY² e più tardi da KELLY, da DENMAN³ da JAMES⁴ ecc., fu adottato da tutti i pratici della Gran Bretagna.

In Germania fu praticato la prima volta dal WENZEL nel 1804; in Olanda dal SALOMON,⁵ ed in Italia nel 1825 dal LOVATI.⁶ Ultimi ad accogliere questa più bella conquista della moderna ostetricia furono i Francesi che si compiacquero di esagerarne i pericoli in modo stranissimo, dal BAUDELOQUE che la considerava come un delitto nei restringimenti del bacino, al CAPRON che confondendola con l'aborto provocato, la qualificò per *attentato alle leggi divine ed umane*. Non prima del 1831 si eseguì da STOLTZ⁷ in Francia per la prima volta questa operazione.

Attualmente, la mercè dei brillanti risultati ottenuti dai migliori pratici di tutte le nazioni, la operazione gode il più gran

² Morgagni 1857. — ³ DENMAN — *Int. à la prat. etc.* t. II, p. 222. — ⁴ *ibid.* p. 224. — ⁵ *Clinic. des hôpitaux* t. III, p. 145. — ⁶ *Journal compl.*, t. XXXIV, p. 359. — ⁷ Op. citata, p. 208. — ⁸ *Mémoire à l'Académie royale de médecine* 1833.

favore, nè vi ha un solo che eserciti di fatto ostetricia cho non l'abbia più volte eseguita. Restandomi dal dire dei successi degli stranieri, mi limito a riferire ch'essa più volte fu felicemente praticata in Italia, specialmente dal LOVATI, dal VANNONI, dal RIZZOLI, da BONGIOANNI, da BILLI, da GIORDANO, da CINISELLI, da PASTORELLO, da LAZZATI, da BALOCCHI, ecc. Anch'io ho avuto sette volte la opportunità di farla, e solo in un caso ebbi a deplorare la morte del feto.

In rapporto ai restringimenti del bacino, ad evitare i pericoli della sinfisiotomia della gastro-isterotomia e talvolta anche quelli della embriotomia, fu proposto la provocazione del parto avanti il termine della gestazione, ed a feto vitabile, in quelle circostanze nelle quali la conformazione del bacino non permette la espulsione spontanea del feto all'epoca ordinaria. E poichè la vitabilità del feto non può dirsi assicurata prima della fine del settimo mese, non è lecito intraprendere la operazione prima di quest' epoca, se si vuole davvero ch'essa riesca a bene. Nè basta che il feto sia vivo e vitale, è indispensabile inoltre che il restringimento sia tale da permettere senza nocumento la fuoriuscita del feto. Ora, siccome alla fine del settimo mese il diametro bi-parietale del novello essere segna due pollici e mezzo, la più parte degli autori vuole che al disotto di queste dimensioni non debba più praticarsi il parto precoce artificiale. Dichiarando il più grande rispetto per la loro opinione, mi duole di non poter essere dello stesso avviso.

Se per comune consentimento si può far subire impunemente alla testa del feto una riduzione di tre linee, se la natura può farci sperare una riduzione anche maggiore, e so la ridutibilità della testa è in ragione inversa dello sviluppo fetale, non so vedere perchè sia controindicato il parto prematuro quando il minor diametro non abbia almeno due pollici e mezzo. Io son di credere, e ne sono convinto per risultati ottenuti, che si possa praticarlo fino a due pollici ed un quarto (0^m,061) con esito felice, e vado orgoglioso di trovarmi qui di accordo con due pratici autorevolissimi, cioè col LOVATI,¹ e collo SCANZONI.² In questi casi sarebbe anche buono, pel favorevole esito

¹ Op. citata, p. 207. — ² Op. citata, p. 277.

della operazione, giovarsi del metodo di DELFRAYSSÉ, che io ho trovato utilissimo in parecchie circostanze

Ne' restringimenti limitati fra due pollici e un quarto ($0^m,061$) e due pollici meno un quarto ($0^m,047$), la combinazione proposta da JACOLUCCI può nel corso della gravidanza sostituire utilmente la gastro-isterotomia. L'autore, non reputando lecito provocare l'aborto, ed eseguire la embriotomia a feto vivente, ad evitare a termine il taglio cesareo, propone, in quelle circostanze nelle quali il diametro sacro-pubico misura almeno due pollici, di combinare la sinfisiotomia col parto prematuro provocato a sette mesi.

Questo metodo che, nelle condizioni volute dall'autore, potrebbe a rigore convenire anche a sette mesi e mezzo di gravidanza, deve accettarsi senza discussione, essendo troppo evidenti i vantaggi che ne derivano, considerati in rapporto all'esito ordinario della operazione cesarea; e godo di potere pubblicamente dichiarare doversi all'illustre nostro Chirurgo riconoscenza ed ammirazione.

Nell'accettare pienamente il connubio in discorso, credo, per le identiche ragioni da me esposte parlando del parto prematuro, che se ne possa estendere la indicazione fino a due pollici meno un quarto ($0^m,047$); ma non già fino ad un pollice e mezzo ($0^m,041$), siccome vorrebbe il TARSITANI.

In questo caso, riuscendo la operazione senza fallo gravissima, ed essendovi poco o nulla a sperare pel feto, non si deve nulla intraprendere; invece si dovrà a termine fare la isterotomia.

Questo mio avviso, potendo a prima vista sembrare in contraddizione con i principi da me professati nello stabilire le indicazioni della sinfisiotomia e del parto prematuro, richiede una dilucidazione.

Mi si potrebbe obiettare, che anche qui non vi sarebbe che la sola differenza di tre linee fra le dimensioni del bacino e quelle della testa del feto; poichè, aggiungendo al pollice e mezzo del diametro sacro-pubico le nove linee che darebbe la sinfisiotomia, si otterrebbe precisamente un diametro di due pollici e tre linee, da me riconosciuto sufficiente a permettere l'uscita spontanea di una testa settimetre.

Il ragionamento, inappuntabile ed esattissimo in logica, clinicamente è affatto erroneo, non essendo eguali le varie condizioni che vi hanno rapporto.

Innanzi tutto devo far notare che, a parità di circostanze e nello stato normale, la efficacia delle contrazioni uterine è proporzionale all'epoca di gravidanza, sia pel progressivo sviluppo delle fibre muscolari dell'organo, sia per la maggior copia di sangue venoso ch'è con questo a contatto. Da una ricca serie di osservazioni e di esperimenti da me istituiti, e che pubblicherò appena ne avrò l'agio, si deduce che la contrazione è più viva, più lunga e più duratura nel nono mese che all'ottavo, in questo più che nel settimo, e via via.

Da ciò emerge chiaramente che se la natura può efficacemente produrre una riduzione di tre linee, quando la sinfisiotomia si pratica all'epoca del travaglio, non lo potrà ugualmente al settimo mese. Ed anche concedendo che la maggiore reduttibilità, che ha la testa in quest'epoca, compensi la differenza della forza espulsiva, la obiezione neppure reggerebbe alla critica. Supponiamo che in entrambi i casi si diagnosticasse matematicamente il grado del restringimento, e la testa avesse le ordinarie dimensioni; nel primo caso queste sarebbero ben determinate, ma nell'altro, dipendendone la valutazione dalla diagnosi precisa dell'epoca della gravidanza, molto più difficile del consueto a bacino viziato, la differenza fra i diametri della testa e quelli del bacino potrebbe esser molto superiore alle tre linee, anche perchè c'incumbe il dovere di fare il parto prematuro piuttosto dopo la fine del settimo mese, che prima. E nella felice ipotesi che nell'epoca della operazione, il bi-parietale fosse perfettamente di due pollici e mezzo, dovendosi far precedere l'uso dei mezzi necessari ad ottenere il parto prematuro, il morale della donna ne sarebbe maggiormente impressionato, e non vi ha chi ignori quale influenza questo eserciti sulla contrazione. Quindi il travaglio sarebbe più lungo, e quasi sicuramente la natura sarebbe impotente a darci la riduzione necessaria, obbligandoci all'uso del forcipe, che riuscirebbe senza meno esiziale nelle circostanze in discorso.

Se poi ci facciamo a paragonare il connubio tra la sinfisiotomia

ed il parto prematuro, che si vorrebbe fare con restringimento di un pollice e mezzo (0^m,041), troveremo che facendo il parto prematuro provocato a due pollici ed un quarto (0^m,061), limite inferiore da me stabilito, sebbene vi sarebbe la stessa differenza fra i diametri della testa e quelli del bacino, pure le conseguenze sarebbero ben differenti. Infatti, ritenendo che nei due casi il diametro bi-parietale della testa del feto sia uguale, nel parto prematuro possiamo essere certi delle dimensioni del diametro sacro-pubico, le contrazioni uterine saranno più attive, e laddove, per espletare il parto, occorresse l'applicazione del forcipe, non vi sarebbe molto a temere nè distrazione nè lacerazione delle sinfisi posteriori. Nell'altro caso invece non si è sicuri che la sinfisiotomia dia un aumento di nove linee nel diametro antero-posteriore, la contrazione uterina pel fatto della operazione si trova affievolita, e potrebbe anche sospendersi, e, dovendosi applicare il forcipe, le sinfisi sacro-iliache ne soffrirebbero immensamente. Applicandosi l'istrumento in un restringimento maggiore di due pollici e nove linee (0^m,074) riuscirebbe « pericoloso per la madre per la facilità colla quale si disgiungono le sinfisi della pelvi. »¹ Quindi utile la operazione nel primo caso, nel doppio interesse della madre e del feto, nell'altro ci darebbe in risultamento la morte di entrambi.

In vista di queste ragioni, non ho creduto che la indicazione del connubio possa estendersi oltre due pollici meno un quarto (0^m,047), che si eleverebbe aggiungendovi le nove linee fornite dalla sinfisiotomia, a due pollici e mezzo, quanti ne misura il bi-parietale. Così non avremo nulla a temere, e, anche quando la sinfisiotomia facesse guadagnare qualche linea di meno delle presunte, sarebbe sempre possibile la espulsione spontanea del feto.

Quello che ho detto, circa le varie indicazioni della gastro-isterotomia, scientificamente parlando non ha nulla di assoluto; nella scienza non vi sono leggi sempre definite, le circostanze di fatto sono variabilissime, non è sempre facile precisare con esattezza le dimensioni del bacino nelle sue singole parti; la

¹ LOVATI, Op. citata, p. 78.

reducibilità ed il volume del feto possono, nelle varie epoche, eccedere o essere inferiori del normale, le condizioni generali della madre possono, a seconda dei casi, incoraggiare o dissuadere ad intraprendere la operazione; la coesistenza di altre malattie, ed il grado di energia della forza espulsiva dell' utero, possono consigliare ad eseguirla quando il parto potrebbe assolversi con altri mezzi, o a proscriverla nel caso d' indicazione formale.

Ad esempio: nel bacino ovolare obliquo, in quello ristretto trasversalmente per sinostosi bilaterale ¹ e nei restringimenti antero-posteriori dipendenti dai pubi respinti in dentro, anche a due pollici e mezzo, e talvolta più, si deve alla sinfisiotomia preferire la isterotomia. Al contrario sarebbe da anteporsi l' altra, quando il vizio avesse sede nello stretto inferiore, e specialmente nel senso trasversale, quantunque il grado del restringimento fosse minore del limite inferiore assegnato alla sinfisiotomia.

Spetta al Clinico mettere a calcolo tutte le condizioni speciali, e, solo dopo maturo esame, egli dovrà decidersi ad operare. La scienza e la esperienza debbono essere le sole nostre guide nell' arduo cammino della pratica. E trattandosi di gravissima operazione, stimo in ultimo e doveroso ed indispensabile, consultare due o più colleghi, tra quelli cui sapere e intemerata condotta più onorano di ben meritata fama.

3. INDICAZIONE IN RAPPORTO ALLA CAUSA DEL RESTRINGIMENTO.

Nello stabilire la indicazione della operazione, il Clinico, oltre alle difficoltà ed alle incertezze suesposte, ne deve affrontare ben altre, relative alla causa del restringimento. Tutto quello, che ho detto nei precedenti capitoli si riferisce più specialmente ai restringimenti per cattiva conformazione, prodotta da rachitismo, da precedente alterazione di altra parte dello scheletro, da lesione degli arti inferiori, e da lussazione congenita o

¹ SNEYFERT — *Verh. der Würzb. Ges.* III, p. 430.

accidentale dell'articolazione coxo-femorale. Che se l'angustia dipendesse da osteomalacia, o si verificasse per ostruzione, più o meno avanzata, delle vie di espulsione, la indicazione potrebbe essere alquanto modificata.

A) Indicazione nei vizii da osteomalacia.

Nel periodo di rammollimento dell'osteomalacia, la cedevolezza delle ossa potrebbe permettere il parto spontaneo, anche quando il bacino fosse grandemente ristretto. In un caso in cui il diametro sacro-pubico misurava appena un pollice e tre quarti (0^m,030) è notissimo che HOMBERGER riuscì, 24 ore dopo la rottura delle membrane, ad estrarre col forcipe una bambina, che sopravvisse quattro settimane. In altra donna, il cui diametro antero-posteriore era di due pollici ed un quarto (0^m,061) HASSLOCHER giunse, mediante pressioni esterne, ad impegnare la testa del feto nella scavazione pelvica, e più tardi ad estrarlo mercé il forcipe con moderate trazioni.

Questi fatti, di altissimo valore clinico, debbono essere presi in seria considerazione. Ma non bisogna dimenticare che la eccellenza del Clinico consiste nel sapere valutare fino a quando si debba, e si possa confidare nelle forze dell'organismo.

Una aspettazione troppo prolungata può compromettere la vita della madre e del feto; un sollecito intervento condannerebbe una infelice, che forse potrebbe sgravarsi naturalmente, a soggiacere alla operazione cesarea, gravissima oltremodo in donna affetta da osteomalacia. Ad evitare tardivi e vani pentimenti, è necessario assicurarsi bene della esistenza della malattia, e del grado di rammollimento delle ossa.

L'osteomalacia potrebbe confondersi solo con la rachitide, perchè entrambe rammolliscono le ossa; ma dopo le ricerche di KOELLIKER, di MUELLER e di VIRCHOW non è più permesso simile errore. Esse sono malattie essenzialmente distinte, consistendo la prima nel riassorbimento dei sali calcarei in ossa già sviluppate, o prossime a raggiungere il completo sviluppo; e l'altra in una imperfetta formazione per difetto di sali calcarei, ovvero,

secondo afferma il VIRCHOW, in un cronico processo flogistico delle ossa (*osteite cronica*).

Non potendosi, nel caso nostro, trarre partito dall'analisi microscopica e chimica, dobbiamo differenziarle per i soli caratteri clinici. Né ci sarà difficile, ponendo mente all'epoca d'invasione, alla sede ed al grado della deformazione, al modo di propagazione, ed ai sintomi subiettivi ed obbiettivi che sogliono rivelarle.

L'osteomalacia suole manifestarsi dopo la pubertà, attacca a preferenza le vertebre e le ossa del bacino, produce deformazioni più estese, comincia ordinariamente con forti dolori, esacerbantisi sotto la pressione esercitata dalla linea mediana in fuori, e diffusi per tutta la estensione del bacino. È difficile che si manifesti in una primipara; più spesso esordisce dopo due tre o più gravidanze, sia immediatamente dopo un parto, sia nel corso della gravidanza stessa; la statura rimpiccolisce, i movimenti della inferma sono difficili o impossibili. Se sono attaccate anche le estremità, il che è rarissimo, queste trovansi curvate variamente, e nei gradi avanzatissimi lo scheletro è curvato in modi differentissimi ed orribili.¹

Il rachitismo al contrario suole manifestarsi nei primi anni della vita, e per lo più da un'anno a due; attacca a preferenza le ossa degli arti inferiori, dopo i quali può attaccare le altre parti dello scheletro con moto ascendente, producendo quasi sempre nelle ossa una riduzione proporzionale all'altezza. Le deformazioni cui dà luogo raramente raggiungono un grado molto avanzato, e si trovano per lo più nel distretto superiore; le donne che ne restano attaccate camminano tardi e con passo vacillante ed incerto, ed il restringimento esiste fin dalla prima gravidanza.

Molto più difficile della diagnosi della osteomalacia, è il riconoscere il suo grado di rammollimento, ch'è proporzionale al riassorbimento dei sali calcarei, ed all'atrofia delle lamine ossee. Clinicamente però possiamo col KILIAN² distinguerne due

¹ SOLLY — *Med. chir. Transact.* vol. 27. — ² *Das halistrotische Becken.* 1857.

forme, cioè la *fratturosa* e la *cerosa*. Nella prima, la sostanza corticale conserva una certa spessezza, le ossa sono molto friabili e facilmente si fratturano, ed in quest'ultimo caso guariscono incompletamente ed in modo imperfetto; nella seconda, la sostanza corticale si assottiglia di molto o scompare totalmente, e le ossa si piegano leggermente, secondo le pressioni che subiscono. Questa seconda maniera precisamente s'incontra più spesso, ed a grado più avanzato, nell'atrofia ossea delle gravide e delle puerpere, producendo nella forma del bacino più spesso un'alterazione nel senso trasversale, per depressione delle pareti laterali. Talvolta il restringimento giunge tant'oltre, che i pubi, ponendosi fra loro a contatto, sporgono a guisa di becco, ¹ o decorrono quasi fra loro paralleli per unirsi sotto un angolo acuto molto pronunziato.

Usando un poco di attenzione non sarà malagevole distinguere queste due forme, ponendo mente all'epoca di sviluppo ed alla durata della malattia, e valutando la varia resistenza delle ossa, le quali conservano nella prima forma una tal quale rigidità, mentre nella seconda si lasciano facilmente depri-
mere dalle dita, a guisa di cera molle.

Nella forma fratturosa bisogna sperare ben poco nelle forze dell'organismo, perchè la eccessiva friabilità delle ossa rende il bacino poco capace di dilatazione, e servendoci del forcipe ne seguirebbero svariatissime e gravi fratture; perciò i limiti delle indicazioni possono variare appena di poche linee.

Nell'altra forma al contrario si può confidare nelle naturali risorse, anche nei massimi restringimenti, ed accordare all'aspettazione tutto quel tempo compatibile con la vita del feto. In questo caso, io mi penso che, qualora il parto non si verificasse spontaneamente o dietro l'applicazione del forcipe, dovrebbe sempre preferirsi la sinfisiotomia alla operazione cesarea. Questa ucciderebbe senza più la madre, mentre l'altra, permettendo qualsiasi dilatazione, non aggraverebbe gran fatto le sue condizioni.

¹ SANTIFORT — *Mus. Anat.* t. IV. 1-1. 174.

t

B) Indicazione nei casi di ostruzione
delle vie di espulsione.

I restringimenti per ostruzione possono dipendere da intra-lussazione del capo del femore, da viziose consolidazioni, e da neoformazioni del bacino, o degli organi in esso contenuti.

a) *Ostruzione da intra-lussazione del capo del femore.* — La sporgenza della testa del femore nell'interno della pelvi può verificarsi in seguito di coxalgia per carie e perforazione della parete cotiloidea, o per frattura dell'acetabolo.¹ VELPEAU ne riferisce un caso; il CAZEUX dice di aver letto in un giornale di Medicina la storia di una operazione cesarea praticata precisamente per sporgenza della testa del femore nella cavità della pelvi.

Si può riconoscere questa lussazione dalla claudicazione, dall'accorciamento dell'arto corrispondente, dalla difficoltà dei movimenti, e dall'anamnesi, che ci farà noto se fuvi precedente coxalgia, o azione di causa traumatica; e precipuamente dalla asimmetria delle due metà del bacino, e dai segni forniti dal riscontro vaginale, che farà sempre riconoscere la presenza del tumore costituito dal capo del femore in corrispondenza della regione cotiloidea interna.

In questo caso, laddove il grado del restringimento richiedesse la gastro-isterotomia, io credo che si possa rimuovere l'ostacolo mediante la resezione del capo del femore. Ho prodotto più volte sul cadavere l'intra-lussazione in parola, e sempre ho potuto in due minuti asportare la testa del femore, servendomi della sega a catena. La incisione esterna deve farsi parallelamente e mezzo pollice al disopra dell'arcata crurale, cominciandola in prossimità della spina iliaca anteriore inferiore, avendo cura di rispettare l'arteria circonflessa, e prolungandola fino al mezzo dello spazio che corre fra la spina iliaca e quella del pube. Questo processo rende agevole la resezione, e fa evitare tanto il cordone spermatico che le arterie epigastrica

¹ FOERSTER—*Manuale di Anat. Pat.* Parte II, p. 705. Trad. di DEL MONTE. Napoli, 1866.

tegumentale, e circonflessa. Si potrebbe anche seguire il processo, che MALGAIGNE consiglia per la legatura dell'arteria iliaca esterna, il quale farebbe temere meno l'ernia consecutiva, ma però renderebbe più difficile la resezione.

b) *Ostruzione da consolidazioni viziose.* — Le consolidazioni viziose han dato luogo più volte a parto distocico, e taluna volta raggiungevano tale volume da rendere necessario il parto cesareo, siccome si verificò nei casi riferiti da LEVER, da BURNS, e da BARLOW. Un'altra osservazione leggesi nel *Journal des progrès*,¹ ma la prova più luminosa si ha nel bacino rappresentato nell'atlante di MOREAU,² ed estratto dal Museo DUPUYTREN. La cavità cotiloidea destra fratturata sporge in dentro per un pollice e mezzo; l'osso iliaco dello stesso lato, egualmente fratturato, si consolidò in modo da guardare il sacro con la superficie esterna della fossa iliaca, ravvicinando moltissimo all'angolo sacro-vertebrale il tumore formato dalla parete cotiloidea.

Nella diagnostica delle consolidazioni viziose possiamo giovarci del criterio anamnestico, della esistenza della deformità in un punto della superficie esterna del bacino, essendo il resto dello scheletro ben conformato, della esistenza della claudicazione, e del tumore intra-pelvico corrispondente al punto della deformità esterna.

In questo caso le indicazioni non variano, ma sono quelle stesse fissate per le cattive conformazioni.

c) *Ostruzioni da neoformazioni del bacino o degli organi in esso contenuti.*

1. *Indicazioni per neoformazioni del bacino.* — Il bacino può esser sede dell'osteoma, dell'esostosi, dell'osteofito, della iperostosi, del sarcoma, dell'encondroma, ecc. Ma fra le neoformazioni del bacino le più frequenti ad incontrarsi sono l'esostosi ed il carcinoma.

a) *Esostosi.* La esostosi è un neoplasma, a base di tessuto osseo; può aver sede su tutti i punti della superficie interna della pelvi, sebbene sembra che più spesso prenda origine sulla faccia interna del sacro.

¹ T. XV, 1828. — ² T. 12, fig. 4.

La esostosi è stata confusa con altre neoplasie dell'osso, ed anche attualmente il TARSITANI la confonde con l'osteoma; perciò, ad evitare equivoci dichiaro, che la esostosi è un tumore a base di tessuto osseo iperplastico, l'osteoma a base di tessuto osseo neoformato ed a massa distinta; l'osteofito è una escrescenza o vegetazione dell'osso per processi irritativi, e l'iperostosi è una neoformazione di tessuto osseo per ipertrofia della parte corticale.

NAEGELE crede che in certi casi si prese per *esostosi* una eccessiva sporgenza del promontorio, e che perciò questa neoformazione sia più rara di quanto comunemente si pensa. Il DANYAU esagerando la opinione del Prof. di *Hidelberg* dice che due soli casi sono autentici, cioè quelli di cui fanno parola LEYDIG, e MAC-KIBBIN.

Senza negare la inesattezza di talune osservazioni, non possiamo però recovare in dubbio moltissime altre. Videro *esostosi* dietro al pube SEVERINO PINEO,¹ e GIULIO CLOQUET;² POUPINEL³ ne mostrò una all'Accademia di Medicina che non lasciava più di 20 linee allo stretto superiore; TROCCON comunicò alla Società medica di emulazione la storia d'una *esostosi* della parete inferiore del sacro, che rendendo il parto impossibile produsse la morte della donna; DAMOURETTE,⁴ e RARBAUT⁵ citano ciascuno un caso in cui l'*esostosi*, indovata sul ramo ischio-pudendo destro, riempiva tutto il bacino; FRIED⁶ ne cita un'altra che richiese la *cefalotomia*; SCANZONI riporta la figura di una *esostosi* grande quanto la testa di un bambino, e che, avente sede sulla superficie esterna dell'ischio destro, penetrava nella scavazione attraverso il forame ovale; DURET⁷ riferì alla Società della Facoltà di medicina di Parigi l'osservazione di un bacino, il cui diametro antero-posteriore aveva, per enorme *esostosi*, appena venti linee. Ne citano casi DANYAU, GARDIEN,⁸ BOIVIN,⁹ AUTENRIETH,¹⁰

¹ LATOUR — *Thèse Montp.* 1817. — ² *Bulletin de la Faculté de médecine*, t. VII, pag. 68. — ³ *Ivi* — Anno 6°, p. 63. — ⁴ *Thèse* — Paris, 1822. — ⁵ *Cours d'accouch.* t. II, p. 74. — ⁶ THIERRY — *De part. diffic.* Strasbourg. 1764. — ⁷ *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris.* 1810. — ⁸ *Traité d'accouch.*, 3 ediz. Paris, 1823. t. III. — ⁹ *Mémorial des accouch.* p. 35. — ¹⁰ *Journ. complém.* t. XL.

SANDIFORT, ¹ HENCKEL, ² PLESMAN, ³ PUCHELT, ⁴ BURNS, VOITEL, ⁵ RULEAU, ⁶ STEIN nipote, SIEBOLD, DAVIS, MEISSNER, CHAILLY-HONORÉ, ⁷ BLUNDELL, VAN-DOEVEREN, ⁸ NAGEL, ⁹ SPITZBACH, ¹⁰ HERBINIAUX, ¹¹ ecc. ecc.

Molto interessante è la osservazione fatta da STOLTZ ¹² nella Clinica di *Strasbourg*. L'esostosi avea sede dietro la sinfisi pubica, le dimensioni del diametro sacro-pubico, e gli accidenti verificatisi nei parti precedenti, consigliarono il parto prematuro. Alla estrazione del feto s'incontrarono ostacoli impreveduti, e, morta la donna, l'autopsia mostrò un restringimento molto maggiore di quanto si era creduto. L'errore dipese dal non essersi portato il dito esploratore dietro la sinfisi, ma esclusivamente verso il promontorio.

Non meno interessante è la osservazione di MAC-KIBBIN. ¹³ Una donna di ventisei anni, apparentemente ben conformata, fu presa dai dolori di parto il dì 27 settembre 1829. Il lato sinistro del bacino era occupato da esostosi voluminosissima, che riempiva tutta la concavità sacrale, estendendosi fino ad un quarto di pollice dal pube. Fra il tumore e l'osso iliaco destro restava appena uno spazio di 6 a 7 centimetri nella maggior larghezza; dal pube alla sinfisi sacro-iliaca destra vi era la distanza di 11 centimetri. La donna fu condotta alla Maternità di *Belfast*, e, previo consulto, fu operata di taglio cesareo da MAC-KIBBIN. Ella subì la operazione con molto sangue freddo, ma dopo cinque ore cessò di vivere. Alla sezione cadaverica si rinvenne il bacino ben conformato e delle ordinarie dimensioni; tutta la faccia anteriore del sacro, tranne la prima vertebra, era ricoperta da larga esostosi di forma conica; il diametro antero-posteriore era di 0^m,120, il trasversale di 0^m,167, e l'obbliquo di 0^m, 150: dall'apice del tumore alla parte inferiore della sinfisi pubica vi

¹ *Anat. Pat.* Bd. II, p. 109. — ² *Sammlung Med. Chir. Anmerkungen*, p. 33. — ³ *Journ. compl.* t. XI, p. 243. — ⁴ *Trat. dei tumori del bacino*, ecc., Heidelberg, 1839. — ⁵ *Fragmenta semiologiae obstetricae*. Halle, 1790. — ⁶ *Traité de l'opér. césar.* Paris, 1704. — ⁷ *Op. citata*, p. 263, 4^a ediz. — ⁸ *Specim. obs.* Acad. Leyde, 1763. — ⁹ *Gazette de Francfort*, 1778. — ¹⁰ *Journal de Siebold*, t. III, p. 80. — ¹¹ *Traité sur divers accoucs. laborieux*, t. I, p. 349. — ¹² *Gazette méd. de Strasbourg*, 20 janv. 1842, p. 13. — ¹³ *Giornale di med. e chir. di Edimburgo*, t. XXXV.

era la distanza di 0^m,034; dal lato destro del distretto superiore alla parte laterale del tumore, ed a livello della maggiore larghezza, 0^m,031; dalla sinfisi sacro-iliaca destra a quella del pube, 0^m,093; dal lato sinistro dello stretto superiore a sinistra del tumore, la maggiore larghezza dello spazio interposto era di 0^m,034, ma diminuiva rapidamente verso il sacro.

La descrizione della esostosi più voluminosa che si conosca finora si deve ad HABERT,¹ ed è precisamente quella che si appartiene al LEYDIG. Il tumore era talmente sviluppato da impedire al dito esploratore di avanzare in vagina oltre la seconda falange: situato al di sopra e dietro della vagina, di superficie ineguale solcata da depressioni, prendeva origine dalla parete posteriore del bacino. Essendo impossibile il parto per le vie naturali, fu deciso di fare la operazione cesarea, cui la madre sopravvisse sei giorni solamente. Il reperto anatomico mostrò la esostosi che, nascendo dal corpo e dalle apofisi trasverse delle tre prime vertebre sacrali, sembrava formata di tre parti, e si portava innanzi riempiendo quasi interamente la escavazione, e buona parte del grande bacino.

In questi ultimi tempi MARCHANT² osservò una donna, che per esostosi sacrale aveva il diametro sacro-pubico di 0^m,050: nell'epoca del parto fece la gastro-isterotomia, che riuscì felicemente per la madre e pel feto.

Più recentemente, il Prof. DOERN³ ha arricchito la scienza di altra interessantissima osservazione. Una donna di 28 anni, ricevuta nella Maternità di *Marburg* al termine normale di sua gravidanza, presentava il bacino grandemente ristretto nel suo diametro antero-posteriore per una grossa esostosi. Sebbene dal 4 marzo si manifestassero le contrazioni, pure queste non si fecero energiche che dopo tre giorni: allora col consentimento della paziente si fece la operazione cesarea, la quale permise la estrazione di un feto vivente, che pesava 2900 grammi, e sul cui parietale sinistro si vedevano le tracce della pressione esercitata dal tumore. L'operata morì di peritonite, e la

¹ *Dissert. inaugur.* etc. Heidelberg, 1830 — ² *Journal de méd. de Bruxelles* Décembre. 1864. — ³ *Monatschriftf. Geburtsh. u. Gyn.* de XXXIX, p. 11, 1867.

necroscopia dimostrò che la operazione, atteso l'enorme restringimento del bacino, era stata indicatissima.

Qualche volta nelle ossa del bacino si trovano *osteofiti*, che ordinariamente prendono sede sopra un sol osso, e raramente su tutte, come nel caso descritto da LONSTEIN. Altra volta si son vedute delle *esostosi*, aventi simiglianza con gli *osteofiti stiliformi*, le quali partendo dal sacro o dall'ileo sporgevano all'interno in modo da recare offesa all'utero gravido, secondo afferma il KILIAN. Nel caso citato da LASSUS¹ si vedevano dietro il pube due punte acuminate, come apofisi stiloidi; BURNS² parla di una punta ossea lunga due pollici; CRANTZ³ ne descrive parecchi casi, e propone l'operazione cesarea se vi fosse pericolo di rottura dell'utero.

L'esostosi differisce dall'osteofito per i caratteri obbiettivi, per la forma grossolana, e talvolta anche per la genesi. L'esostosi è un tumore bene circoscritto a superficie levigata, ed ordinariamente alla sua base passa nelle ossa senza limiti bene distinti; l'osteofito al contrario è diffuso sull'osso per grande superficie, è ruvido, lamelloso, poroso, fatto di aghi ossei, e sembra più una massa ossea aderente all'osso su cui ha sede, che una continuazione di esso. Le esostosi osteofitiformi si distinguono dagli osteofiti stiliformi o spinosi solo per la maggiore resistenza, e perchè sono circoscritte.

Si potrebbe egualmente differenziare la esostosi dall'osteoma, dalla iperostosi, e dalla periostosi, ma ciò non ha rapporto col mio tema, e clinicamente il più delle volte sarebbe impossibile; del resto sotto il rapporto ostetrico ciò ha poco o nessun valore.

LENOIR reputa difficilissimo diagnosticare la esistenza della esostosi del bacino, nulladimeno gli autori considerano come segni patognomonici la sede, e la durezza lapidea di questa neoformazione. Ma la sede è comune a tutti i tumori delle ossa della pelvi, e la durezza lapidea è comune anche a taluni di essi. Né possiamo avvantaggiarci dei segni razionali e delle notizie anamnestiche, che hanno pochissimo valore, e sono comuni alle altre produzioni. I segni forniti dalla esplorazione

¹ MARCHAND. *Thèse* — Paris 1816. — ² Opera citata, p. 33. — ³ *De utero rupto*, p. 28, 1766.

vaginale e rettale ci faranno riconoscere la esistenza di una neoformazione delle ossa, senza permetterci però di diagnosticarne la natura. Quindi la diagnosi della esostosi sarà solo probabile; ma la probabilità sarà molto vicina alla certezza, se ci riesce di esaminare un tumore circoscritto, liscio, durissimo, voluminoso, avente sede sul sacro, che n'è il sito ove si svolge più spesso; anche perchè fra tutte le neoformazioni delle ossa pelviche, siccome ho detto più sopra, è la più frequente ad osservarsi. Nè pare che la si possa confondere col promontorio del sacro, quando è molto sporgente innanzi con la sua base, poichè in questo caso non mancano deformazioni nelle altre parti dello scheletro; come neppure può essere confusa con le deformazioni rachitiche delle ossa, perchè queste, se si alterano nella forma e nella direzione, non possono mentire giammai le sembianze di un tumore. La cosa sarebbe molto più imbarazzante se la esostosi si manifestasse su di un bacino rachitico, ma finora ciò non si è verificato ancora, per quanto io mi sappia, ed una diligente esplorazione fatta da mano perita permetterebbe forse di sempre riconoscerla.

Fortunatamente però, sotto il rapporto ostetrico, basta riconoscere la sede del tumore, la sua durezza, e la sua estensione, poichè in tutti i casi le indicazioni sono perfettamente identiche a quelle reclamate dalle cattive conformazioni, tranne quando si trattasse di esostosi peluncolate o osteofitiformi, e di osteofiti stiloidei o spinosi.

In questi casi, se le produzioni in parola restringessero il minor diametro nei confini voluti dalla gastro-isterotomia, e fossero accessibili, si dovrebbe farne la resezione con quei metodi e processi suggeriti dalle loro speciali condizioni di forma e sede, a meno che l'utero non fosse talmente impegnato nella escavazione da renderne impossibile la esecuzione. Se poi non fossero accessibili, e l'utero non ancora impegnato, converrebbe fare la operazione cesarea, ancorchè le dimensioni del bacino indicassero gli altri compensi dell'arte: perchè abbandonando il parto alla natura, facendo l'applicazione del forcipe o il rivolgimento, la sinfisiotomia o la cefalotripsia, l'utero sarebbe ferito contuso e lacerato, ed il feto più o meno compromesso.

3) *Carcinoma*. Nelle ossa del bacino il carcinoma suole per lo più presentarsi come degenerazione primitiva, e quasi sempre sotto la forma di fungo midollare semplice. Raggiunge talvolta una grandezza enorme, e può anche obliterare quasi completamente la escavazione.

HESCHL osservò sull'osso iliaco un cancro epiteliale grande quanto la testa di un adulto. Ma oltre i carcinomi primitivi, si possono rinvenire carcinomi secondari e carcinomi da diffusione di altri svoltisi sugli organi circostanti.

Il carcinoma può aver sede in ciascun osso della pelvi, nè sembra vero, secondo pretendono BOYER e LOBSTEIN, che esso abbia predilezione per l'osso iliaco.

Nella scienza si hanno poche osservazioni autentiche di restringimento da cancro nelle vie d'espulsione del bacino. Nè è da maravigliare; poichè solo da pochi anni le neoformazioni sono studiate accuratamente; nè sarebbe lecito ritenere per carcinomi tutti quanti i tumori descritti dagli autori come osteosarcomi.

I soli casi autentici sembrano quelli raccolti da SCHARF, e da STOLTZ.¹ Sebbene anche nell'opera dello SCANZONI si trovi disegnato un bacino ristretto per enormi carcinomi,² pure mancandone la descrizione e tutti gli altri particolari necessari a stabilirne la diagnosi, non si può considerare come fatto autentico, tuttochè l'autore abbia diritto alla più illimitata fiducia. Nella osservazione di SCHARF, il tumore situato alla parte posteriore destra del bacino, ricopriva le quattro prime vertebre sacrali, e sorpassava con i suoi due terzi superiori il promontorio. Era elastico, ovolare, di colorito roseo, e ricoperto innanzi dall'aponevrosi pelvica; la sua circonferenza orizzontale era di 11 pollici e mezzo (0^m,311), e la longitudinale di 3 pollici e mezzo (0^m,363); aveva 3 pollici di spessorezza, e pesava 25 once (775 grammi). Nella metà inferiore il tumore era più molle che altrove, ed offriva in alcuni punti fluttuazione.

Per estrarre il feto, che presentavasi pel cranio, si volle fare il rivolgimento; ma, staccatosi il capo dal tronco, fu mestieri

¹ *Gazette médicale de Strasbourg*, 1848. — ² Pag. 198.

praticare la craniotomia, la quale riuscì difficilissima: l'infelice morì poco dopo la operazione.

La donna osservata da Stoltz presentava nella regione sacrale e glutea un tumore alto alla base 22 centimetri, e largo 25 e mezzo, con una circonferenza di 78 centimetri, ed un diametro antero-posteriore di 10 centimetri. Ricoperto da pelle lucida sparsa di vene dilatate, in alcuni punti era elastico e fluttuante. Il riscontro vaginale faceva riconoscere nella escavazione un tumore liscio elastico, che spingeva la vagina in avanti, ed il retto contro il foro sotto-pubico sinistro. Il collo dell'utero era appena accessibile, ed i mezzi d'investigazione dimostravano che il tumore esterno e l'interno formavano un sol tutto continuo.

Essendo impossibile il parto per le vie naturali, lo Stoltz fece la puntura del tumore, dalla quale venne fuori poca materia granulosa, che il microscopio chiari per cancerosa. Apparsi i dolori del parto, dopo due giorni si eseguì la operazione cesarea, estrandosi un feto maschio e nelle migliori condizioni. La madre, sebbene guarita della operazione, continuò a soffrire acerbissimi patimenti, e cinque mesi e mezzo dopo la operazione se ne morì.

La sezione confermò completamente la diagnosi, ma alla regione sacrale invece del tumore si trovò un sacco depresso, contenente una poltiglia rossastra e gran numero di schegge ossee.

La diagnosi del carcinoma spesso è difficilissima: talvolta ne è facile. Così è facile quando ci riesce osservare una superficie ineguale e bernoccoluta, e varia consistenza del tumore da presentare, in mezzo a punti più o meno elastici e come fluttuanti, altri punti più duri: e si aggiunga poi la manifestazione di dolori lancinanti, esasperantisi sotto la pressione, la riproduzione dello stesso processo in altri organi, e specialmente nei prossimi; più poi quando già è in campo la cachessia cancerigna. Le difficoltà a riconoscerlo per cancro sono grandi nel suo primo cominciamento, quando non ancora ha toccato il periodo della rapida evoluzione. Solo la puntura esploratrice, fornendoci materia per l'analisi microscopica, potrebbe talvolta farci riconoscere la vera natura del tumore, ma questo mezzo oggi è giustamente bandito dalla pratica.

Ora quando il restringimento del bacino dipende da carcinoma, specialmente se questo trovasi nel periodo di rammollimento, gli ostetrici, contando sulle grande compressibilità del tumore, raccomandano di affidare il parto alla natura, coadiuvandola, ove occorra, con l'applicazione del forcipe. E se ciò non basta per la estrazione del feto, vogliono che si riduca il volume del tumore, mediante la puntura o l'asportazione parziale.

Questa condotta, a feto vivente, non dev'essere punto imitata, perchè l'azione degli strumenti taglienti, ed anche quella del forcipe, non possono che accelerare rapidamente la evoluzione del carcinoma.

Or, come per il passato, anche oggi il *noti me tangere*, inteso in questo senso, non cessa di essere vero. Oltre a ciò, la vita del feto sarebbe seriamente compromessa, siccome avvenne nel caso riferito dallo SCHARF.

Se la diagnosi del cancro è certa ed esso non è operabile, dovendo la madre soccombere inesorabilmente, a me pare che in questi rincontri dovremmo occuparci esclusivamente delle sorti del feto. E perciò vorrei non solo che non si calcolasse menomamente la compressibilità del tumore, agendo a seconda le indicazioni fornite dal grado del restringimento, ma vorrei inoltre che il limite superiore della operazione cesarea si elevasse anche di più, ed almeno fino a 3 pollici meno un quarto: poichè, da queste dimensioni a due pollici ed un quarto, la sinfisiotomia riuscirebbe pericolosa pel feto, senza recare alcun vantaggio alla partoriente.

Si potrebbe obiettare, che la morte della madre sarebbe accelerata dalla operazione, più che dagli altri mezzi proposti per espletare il parto, anche perchè le sue condizioni generali non darebbero a sperare esito favorevole. Però il risultato ottenuto dallo STOLTZ basterebbe esso solo contro questelugubri previsioni.

Eppure io voglio essere anche più generoso, e concedere che la operazione uccida sempre la madre. Ebbene in questa ipotesi neppure esiterei ad accordare la preferenza alla isterotomia; perchè per essa potrei almeno salvare il feto, mentre nell'altro caso si verrebbe a sacrificarlo per prolungare di pochi mesi, e forse anche di pochi giorni, la precaria esistenza della madre.

Asporterei pure le altre neoformazioni delle ossa del bacino, come del pari praticerei la puntura solo quando l'ostacolo dipendesse da cisti, le quali per altro sono rarissime su queste ossa, e finora pare che solo FROBIEP¹ abbia avuto la opportunità di vederne sull'osso iliaco.

2. *Indicazione per neoformazione degli organi contenuti nella cavità plevico-addominale.*

α) *Neoformazioni dell'utero.*—Tra le nuove formazioni dell'utero le più frequenti a manifestarsi, e forse lo sole che possono raggiungere tale volume da rendere necessario il parto cesareo, sono il fibroma ed il carcinoma.

Fibroma. — Il fibroma nell'utero è frequentissimo, il suo volume variabile da quello di una noce alla testa di un adulto. Era grande oltremodo nei casi osservati da ILDANO, da BELL, da CHAUSSIER, da LACHAPPELLE, DUGÉS, RHAMSBOTHAM, CAZEAUX ecc. Simultaneamente possono esservene due, quattro, otto, e, secondo KIWISCH, se ne sono trovati fino a 40.

Può aver sede in tutti i punti dell'organo, più spesso però prende origine nel corpo, ed a preferenza nel fondo, secondo ne assicura il FORGET,² che ha studiato ampiamente questa neoformazione in rapporto alla gravidanza ed al parto.

I fibromi del collo sogliono quasi sempre provocare l'aborto, ma forse meno di quanto si crede. È circa un anno che, assistito dal valentissimo Prof. VERNICHI, feci la escissione di un fibroma del labbro posteriore del muso di tinca ad una Signora gravida di appena due mesi, e nè il fibroma, nè la operazione impedirono alla gravidanza di compiere la evoluzione felicemente.

Quando la gravidanza non resta interrotta, questi tumori esercitano la loro funesta influenza sul parto, rendendolo difficile ed anche impossibile, ed esponendo la donna a gravi accidenti, cioè alla inerzia uterina, alle emorragie, alle rotture dell'utero, ecc. Nulladimeno non mancano casi in cui il parto si verificò felicemente, malgrado la esistenza di queste neoplasie, specialmente quando esse sono peduncolate. La natura trionfa

¹ Chir. Kpft. tav. 440 e 474. — ² Bulletin thérapeutique—Avril 1846, t. XXX, p. 261 (*Recherches sur les corps fibreux etc.*)

dell'ostacolo, o col rompere il peduncolo, o coll'allungarlo in modo che il tumore vien fuori dalle parti genitali, lasciando libera la escavazione pel passaggio del feto. Altra volta, senza che si verifichi la rottura o l'allungamento del peduncolo, il parto può avvenire naturalmente per schiacciamento del tumore, che dalla testa del feto è spinto fortemente nella concavità del sacro.

Se la espulsione o la estrazione del feto sono impossibili, bisogna estirpare il tumore, o inciderlo. Ne fecero con buon successo la estirpazione SOUMAIN¹ e VAN-DOEVEREN,² il quale, mediante la torsione, estirpò nel travaglio del parto un fibroma che pesava 750 grammi; e se ne fece la escissione con pari buona riuscita da J. BELL,³ e da DANYAU, che ne asportò uno impiantato sul labbro posteriore del collo, avente il peso di 630 grammi, ed il maggior diametro di 13 centimetri.

Tanto la estirpazione che la escissione possono praticarsi solo quando la neoformazione ha sede nel collo; che se fosse impiantata nel corpo non bisogna neppure pensarvi. In questo caso, e quando la sede del tumore non può riconoscersi con precisione, se le vie di espulsione avranno un diametro minore di due pollici e mezzo, e la neoformazione non sia affatto depressibile, a feto morto si dovrà fare la embriotomia, ed a feto vivente la operazione cesarea.

Contemporaneamente si potrebbe praticare la estirpazione dell'utero con le ovaie e le trombe, onde salvare la donna da una certa morte. Questa ardita operazione è stata già eseguita felicemente tre volte; cioè nel 1 gennaio 1863 da CLAY di *Manchester*, e nel 1834 da KIMBALL di *Lowel*, da KOEBERLE di *Strasbourg*.

Carcinoma. Il carcinoma dell'utero si presenta molto spesso; anzi sembra la più frequente delle malattie uterine, specialmente verso la età critica, ed in donne che fecero più figli. Di durata piuttosto lunga, è sempre mortale, checchè ne dicano in contrario SCANZONI e ROKITANSKY, che ne ammettono in qualche caso la guarigione spontanea; e PUCHELT, che assicura essere guarite dieci donne su ventisette affette da carcinoma del collo.

¹ BARBAUT—*Cours d'accouch.* t. II, p. 77.— ² CHAILLY-HONORÉ—*Op. cit.* p. 322.— ³ *Edim. journal*—vol. XVI, p. 363.

Può aver sede nel collo e nel corpo dell' utero, ma più frequentemente si trova nel collo. Alcuni autori moderni mettono in forse la esistenza del cancro nelle pareti dell'organo, e Mada-
dama LACHAPELLE,¹ che non ve l'ha mai visto, crede non essere
concludenti le osservazioni riferite. Non pare però che si possano
mettere in dubbio le osservazioni di MARTIN² che vide, in com-
pagnia di VIRICEL, cinque casi di cancro del corpo; nè quelle di
BOIVIN e DUGÈS³. SMELLIE⁴ e GENDRIN hanno più volte verificato
il cancro delle pareti uterine; e BELIN⁵ ne riferisce due osserva-
zioni, in una delle quali il cancro era comunicante con la vescica.

Il carcinoma poco esteso, anche quando ha sede nelle pareti
del corpo, può permettere il parto spontaneo, siccome lo dimo-
strano le osservazioni di OUTREPONT,⁶ e le altre raccolte dal VEL-
PEAU.⁷

Ma siccome la parte malata non partecipa alla dilatazione
dell'organo durante la gravidanza, e non si contrae nel parto,
nè si retrae dopo di esso, ordinariamente hanno luogo le rot-
ture, le emorragie, la inerzia, l'esaurimento generale ecc. Queste
ragioni dovrebbero persuaderci ad estrarre il feto il più presto
possibile, onde sottrarre la donna ai pericoli che la minacciano,
ma sciaguratamente non abbiamo mezzi sufficienti per diagno-
sticare a tempo la esistenza della alterazione in discorso.

Se il cancro è impiantato sul collo, senza essere molto volu-
minoso, rende il parto per lo più difficile e pericoloso, meno per
la ostruzione delle vie di espulsione, che per l'alterazione del
collo, che ne rende difficile la dilatazione, esponendolo a dila-
cerazioni più o meno estese. Qualche volta però il parto può
verificarsi naturalmente, malgrado le esagerate dimensioni del
tumore. LACHAPELLE ha visto carcinomi del volume della testa di
un feto a termine permettere il parto spontaneo, ma a feto pu-
trefatto. GOUPIL in un caso di cancro del collo, molto sviluppato,

¹ *Pratique de l'art. des accouch.*—Paris 1825 Obs. III, p. 155. — ² *Mé-
moires de méd. et de chir. prat.*—Lyon 1835. — ³ *Traité prat. des mala-
dies de l'utérus*—Paris 1833, t. II, p. 11. — ⁴ *Traité des accouch.*—p. 138 t. II.—

⁵ CHAILLY-ILONOR—Op. cit. p. 564. Paris 1861. Quatr. édit. — ⁶ *Revue méd.*
1829, t. IV, p. 114. — ⁷ Op. cit. p. 595.

ch'egli curava da circa otto mesi, e che non impedì alla gravidanza di raggiungere il suo termine, vide figliare la donna naturalmente, dopo dieci ore di travaglio.

Numerosissime osservazioni però dimostrano, che le cose non avvengono sempre così felicemente; ed a persuadersi che queste neoformazioni, quando hanno un volume considerevole, costituiscono un serio ostacolo al parto, basta leggere i casi riferiti da KILIAN, da JACOBS,¹ e da MARTIN.²

Quando il canero non occupa tutto il collo uterino, la dilatazione potrebbe avvenire a spese della parte sana, e dar luogo al parto spontaneo, siccome videro DESORMEAUX ed altri. In una donna con carcinoma del labbro posteriore del muso di tinca il CAZEAX³ afferma essere avvenuta la dilatazione a spese del labbro anteriore, tuttochè il tumore si estendesse anche alla parete posteriore della vagina.

Innanzitutto in queste circostanze bisogna attendere, poichè la dilatazione non può avvenire che molto lentamente, non solo per le condizioni del collo, ma anche perchè la contrazione dell'utero è affievolita ed imperfetta, specialmente quando la malattia interessa anche il corpo.

L'aspettazione però non deve prolungarsi oltre il tempo compatibile con la vita del feto, e 4 o 5 ore dopo la rottura delle membrane, appena si fa chiara la impotenza della natura ad operare la dilatazione, si dovrebbero fare, secondo consigliano gli autori, le incisioni multiple sul collo, affine di prevenire le estese e pericolosissime lacerazioni.

Questa pratica raccomandata caldamente dal BAUDELOCQUE,⁴ fu adottata da SIEBOLD, da LACHAPELLE,⁵ da COUTOUY,⁶ da LEMOINE,⁷ da LAUVERIAT,⁸ e più tardi da quasi tutti gli ostetrici. Si era anche proposto la dilatazione forzata; ma BUSCH⁹ fa saggiamente riflettere, che essa favorirebbe le estese lacerazioni, invece di scongiurarle.

¹ *École pratig. d'accouc.* Bruxelles—p. 193. — ² Mem. cit. p. 278. —

³ Op. cit. p. 641. — ⁴ *L'art. des accouc.* 8 édit.—Paris 1844 t. II p.287. —

⁵ *Prat. des accouc.*—Paris 1825 t. II p.377.— ⁶ *Obs. sur divers sujets d'ac-*

couc.—p. 34 e 44. — ⁷ BURTON—*Nouveaux systèmes des accouc.* etc. 384.—

⁸ *Nouv. methode etc.* p. 30 e 32. — ⁹ *Lehrbuch etc.* p. 381.

Fatte le incisioni, se la dilatazione ottenuta fosse insufficiente, si consiglia da alcuni ostetrici l'applicazione del forcipe nella presentazione del cranio, ed il rivolgimento nelle altre. Altri, fra i quali LIETAUD ¹ KILIAN ² LACHAPELLE ³ e MICHAELIS, ⁴ riconoscendo i danni che potrebbero seguire all'uso del forcipe, precisamente quando il tumore fosse alquanto voluminoso e poco deprimibile, consigliano la estirpazione del carcinoma.

Da ultimo, se la escavazione fosse ripiena da enormi masse cancerigne, od il volume del tumore rendesse difficile e incerta la estrazione del feto, mediante gli altri mezzi dell' arte, si raccomanda la gastro-isterotomia, che dovrebbe, secondo a me pare essere praticata più spesso e più presto in queste malaugurate circostanze.

Non si dovrebbe dimenticare che, anche quando il volume del tumore e la dilatazione del collo permettono il parto spontaneo, la evoluzione cancerigna, sempre rapida dopo il parto, si accelera maggiormente per la pressione che la parte malata deve subire. Del pari si dovrebbe ricordare, che le incisioni multiple, se possono dare in alcuni casi brillanti risultati, potrebbero talune volte riuscire inutili o dannevoli, sembrandomi erronea la opinione del BAZIGNAN, ⁵ il quale crede che non siano mai seguite da sinistri accidenti. Invece si potrebbe affermare che le incisioni, tranne i casi nei quali il cancro è circoscritto ad un sol labbro del collo, e gli altri in cui questo è di molto assottigliato, sogliono riuscire gravissime e per la madre e pel feto.

L'applicazione del forcipe ed il rivolgimento comprometterebbero seriamente la vita del feto, senza giovare gran fatto alla madre, la cui vita sarebbe tutto al più prolungata per pochissimo tempo. La estirpazione poi si vorrebbe praticarla solo quando fosse evidente la prossima morte della madre, che non sopravviverebbe certamente alla operazione.

Per queste considerazioni, senza perdere in vana aspettazione un tempo preziosissimo per la vita del feto, essendo la

¹ *Précis de méd. prat.* p. 305. — ² CHAILLY-HONORÉ — Op. cit. p. 378. — *Pratique des accouch.* t. III p. 307. — ³ *Journal de Loder* t. III. — ⁴ *Thèse-Mai* 1834.

natura il più spesso impotente a trionfare degli ostacoli che si frappongono al parto, dove fosse il collo molto assottigliato, o quando il cancro limitato ad un sol labbro fosse piccolo, tenterei le incisioni, appena cominciato il travaglio. In tutti gli altri casi, dovendo la madre essere fatalmente vittima della malattia, ed essendo la vita del feto più o meno minacciata dagli altri mezzi proposti per espletare il parto, i quali dall'altra parte favoriscono la rapida evoluzione cancerigna della neoformazione, non esiterei un momento a praticare la gastro-isterotomia, anche quando il minor diametro del bacino fosse al di là del limite superiore richiesto in questa estrema risorsa dell'arte.

Nè mancano fra gli avversari della operazione cesarea quelli che la raccomandano in queste gravi circostanze, malgrado che preferissero sempre ad essa i processi di embriotomia. Infatti il CAZEAX dice « En supposant l'enfant vivant, on n'a plus qu'à choisir entre l'embriomie et l'opération césarienne. Quelle que grave que soit cette dernière opération, elle me semble pourtant ici préférable à la première; pratiquée en temps opportun, elle donne de grandes chances de sauver l'enfant, et la vie de la mère est déjà si gravement compromise par la maladie dont elle est affectée, qu'on ne doit pas, à mon avis, hésiter à tout sacrifier au salut de son enfant. »

A feto morto sarebbe più ragionevole preferire il forcipe, il rivolgimento, e la embriotomia, perchè questi mezzi, sebbene favorissero la rapida evoluzione del tumore, lascerebbero alla madre maggiore probabilità di prolungare la sua precaria esistenza.

3) *Neoformazioni dell'ovaia.* — Nelle ovaie si può trovare raramente il carcinoma, e sotto tutte le forme, sebbene suole presentarsi come fungo midollare. Il fibroma è rarissimo, e l'endondroma è stato osservato due volte solamente da KIWISCH.¹ Questi tumori possono raggiungere il volume di un pugno, della testa di un feto, di quella di un adulto, ed anche dimensioni maggiori.

Le neoformazioni che più frequentemente si trovano nelle

¹ *Klin. Vortr.* II, p. 179.

ovaie sono le cisti di tutte le specie conosciute, e così spesso che possiamo considerarle come le più frequenti anche relativamente a tutte le malattie delle donne.

Le cisti possono raggiungere un enorme volume, specialmente le multiloculari che sono pure più frequenti delle altre. Se ne son viste del peso di 50 a 100 libbre, secondo ne assicura il BAKER-BROWN.¹ Possono essere libere o aderenti, e contenere sostanze di varia natura e consistenza.

Quando le cisti restano al di sopra dello stretto superiore, tutto al più possono pel loro volume opporsi allo sviluppo ulteriore dell'utero gravido, e dar luogo al parto prematuro; ovvero possono determinare una obbliquità uterina, che più tardi potrebbe rendere il parto distocico, siccome per i primi dimostrarono VOISIN² e NOBLE.³

Se invece s'impegnano nella escavazione, possono rendere difficilissimo o impossibile il parto per le vie naturali, come si verificò nei casi menzionati da BURNS,⁴ da DENMAN,⁵ da WATSON,⁶ da JARRIT,⁷ da COLEY,⁸ da PARCKE,⁹ da MERRIMAN,¹⁰ ecc. Ordinariamente i tumori ovarici, scendendo nella piccola pelvi, si situano nel setto retto-vaginale, e BLUNDELL¹¹ afferma, che, nove volte su dieci, i tumori che si trovano in questo luogo sono formati dall'ovario. Però in un caso osservato da JACKSON,¹² il tumore ovarico si vedeva dietro il retto; ed io ho avuto la opportunità di notare un idrocistovario situato a destra ed in avanti della escavazione, in modo che l'utero vedevasi respinto fortemente a sinistra ed indietro.

Quando il tumore ostruisce in modo le vie di espulsione da rendere impossibile il parto naturale, le indicazioni variano secondo che quello è mobile o non, e secondo la natura del contenuto della cisti.

Se questa è mobile, e la testa del feto non ancora impegnata,

¹ *Sull'idrops ovarico* ecc. Trad. di PERUZZI. Sinigaglia 1865 p. 7. — ² *Thèse*. Paris 1808. — ³ *Journal gén.* t. XVII, p. 371. — ⁴ *Op. cit.* p. 35. — ⁵ *Introd. à la pratique* etc. t. II, p. 110. — ⁶ *Med. com.* v. I, p. 162. — ⁷ *Ivi* v. II, p. 360. — ⁸ *Med. and phys. journal.* vol. VII, p. 412. — ⁹ *Med. ch. trans.* vol. II. — ¹⁰ *Ivi* vol. X. — ¹¹ *The Lancet.* 1828 v. II, p. 516, 517. — ¹² BURNS. *Princip. of midwifery* ec. p. 34.

bisogna seguire il consiglio di BUNN, che vuole sia respinta al disopra dello stretto superiore, mantenendola in sito fino all'impegno della parte che si presenta, o fino a quando riesce di fare il rivolgimento o l'applicazione del forcipe.

Laddove la cisti fosse aderente, o il feto impegnato in modo da impedirne la riduzione, sarebbe mestieri, onde stabilire la indicazione, diagnosticare con tutta precisione la specie della idrocisti.

Potremo riconoscere il tumore per cisti ovarica dallo spostamento dell'utero con quasi immobilità, dalla compressione del retto e dell'uretra con i corrispondenti disturbi funzionali, e precipuamente dalla fluttuazione, e dagli altri caratteri forniti dalla doppia esplorazione vaginale e rettale. Alquanto più malagevole è distinguere la cisti ovarica dalle altre neoformazioni dell'ovario, ma ci gioveremo in tali rincontri dei caratteri di resistenza, di superficie, dei sintomi subiettivi ed obbiettivi guardati in tutto il decorso della malattia, e studiando la influenza esercitata sul generale dell'organismo.

È difficilissima però la diagnosi delle singole specie d'idrocisti o la determinazione del loro carattere patologico. In generale si può affermare che se la cisti è semplice, la fluttuazione suol'essere uguale ed uniforme; e se composta, la fluttuazione sarà ineguale: se questo è percosso in un punto, la fluttuazione non si propagherà uniformemente per tutto il tumore, e può anche mancare completamente. Se la cisti contiene molto siero, la fluttuazione sarà più viva; se sostanza colloide è più oscura e più elastica; se la cisti è più dura e più solida, produce più facilmente i rumori sanguigni nella pelvi ed i rumori da sfregamento. Però bisogna confessare che questi caratteri sono molto equivoci, specialmente per la pressione che può esercitare sul tumore la testa del feto, e perciò solo la puntione esploratrice potrebbe disvelarci, e non sempre, tutte le varietà possibili del contenuto.

Di maggiore importanza è senza dubbio la diagnosi differenziale tra le cisti ovariche e le altre malattie, che potrebbero simularle. L'egregio Prof. CANTANI¹ su questo punto dice « Ogni anno

¹ Morgagni—Anno VIII 1866, p. 603.

- parecchie volte accadono degli errori in proposito che fanno
- rizzarci i capegli, e pur troppo avvengono non di rado a dei
- clinici abbastanza provetti e di una certa fama: si fa la laparotomia per praticare la estirpazione dell'idrocisti ovarica, e
- si trova un'idropisia libera del peritoneo; si fa la puntione della supposta idroooforocisti, e si scopre poi aver da fare con
- una gravidanza con idramnio; si fa altre volte la paracentesi
- e si inietta della tintura iodina nel supposto tumore cistico,
- e si uccide l'ammalata per peritonite generale acuta, essendosi invece trattato di una ascite del peritoneo. »

Nel caso nostro la cisti ovarica potrebbe confondersi con un essudato peritoneale saccato, con l'ematocele retrouterina, con la retroversione e la retroflessione dell'utero, con l'idrometra e l'ematometra, con alcune specie di gravidanza extrauterina, e specialmente con la ovarica e la tubaria. Per non uscire di seminato, io non posso qui discutere le varie diagnosi differenziali, ma mi limito ad osservare che, usando diligenza, ed accurata circospezione, si potrà bene evitare l'errore.

Mi sembra poi assolutamente impossibile differenziare le neoformazioni cistiche dell'ovario sceso nel setto retto-vaginale da quelle che si svolgono in questa sede, tranne però quando le prime fossero mobili, e riducibili. Le alterazioni funzionali della mestruazione, che da alcuni si considerano costanti nelle affezioni delle ovaie, e rarissime nelle altre, non potrebbero fornirci alcun criterio diagnostico. Infatti la mestruazione potrebbe mancare pel solo fatto della gravidanza, perciò la sua assenza non ci darebbe il dritto ad ammettere l'alterazione dell'ovario a preferenza di quella del setto retto-vaginale.

Queste gravissime difficoltà diagnostiche c'impongono il dovere di agire con tutta ponderazione, e col massimo accorgimento. Non si deve adottare alcun partito, prima di avere discusso maturamente la diagnosi, e le condizioni locali e generali della inferma, se non vogliamo esporci al pericolo di sacrificare una infelice per incuria, o per malinteso amor proprio.

Se il contenuto della cisti ovarica è liquido, tutti gli ostetrici son di accordo nel volerne la puntura, e molte volte venne praticata con esito fortunato. Ne riferiscono esempi BURNS, DENMAN,

JACKSON, MERRINAN, KIWISCH, SCANZONI, FOCK, THOMPSON, CAZEAUX, ec. ec. PITHA ottenne la gnarigione d'un cistoma ovarico di volume enorme, contenente 60 libbre di liquido. Alcune malate tollerano così bene la operazione, che essa può ripetersi impunemente per moltissime volte. MEAD parla di una cisti punta 67 volte in cinque anni; LOREY di altra punta 110 volte in trenta anni; RAMSBOTHAM di una terza in cui la punzione fu eseguita 129 volte entro otto anni; e BAMBERGER di un'altra che, entro lo stesso periodo di tempo, fu operata nientemeno che 253 volte.

Successi cotanto avventurosi però non debbono farci dimenticare che nel caso nostro la grandezza della cisti è una controindicazione per la cura radicale, perchè essa si riempie più rapidamente, e quindi l'organismo si depaupera più presto d'una maggior quantità di albumina, senza dire che le pareti di una grande cisti, dopo il vuotamento, più difficilmente si pongono a mutuo contatto, ed aderiscono per flogosi reattiva.

Inoltre la punzione può essere seguita più o meno rapidamente da morte, per peritonite diffusa, per emorragie endocistiche, o per l'accelerato esaurimento delle malate. LEE ritiene quanto ad esiti, più triste la punzione che non l'ovariotomia. E così pensano pure BLUNDELL, HUNTER, DENMAN, SCANZONI, BAKER-BROWN, ed altri. KIWISCH ha mostrato che di 132 malate, 25 morirono poche ore o pochi giorni dopo la operazione, e delle rimanenti, 11 solamente vivevano ancora nel terzo anno dopo la puntura.

In conseguenza io mi penso che la punzione sarebbe ammissibile quando la cisti ovarica, avente un contenuto tutto liquido, fosse aderente; ovvero allorchè la testa del feto fosse talmente impegnata nella scavazione da controindicare la operazione cesarea. Se la cisti fosse libera, dopo il parto darebbe luogo senza meno a travasamento addominale colle sue conseguenze; se il contenuto non fosse esclusivamente liquido, la riduzione ottenuta dalla punzione il più delle volte sarebbe insufficiente a permettere il passaggio del feto, ci obbligherebbe ad agire su di esso, dandoci per probabile risultato la morte di questo e della madre. In queste condizioni, essendosi praticato cinque volte il rivolgimento, morirono tutti i feti e quattro

donne, secondo ne assicura il BLUNDELL;¹ ed in otto altri casi, fatta la embriotomia, una sola madre sopravvisse, ma della vita di chi è presso alla morte.

A prescindere dalle esposte ragioni, io credo che, essendoci impossibile riconoscere la qualità del contenuto della idrocisti, e verificare se questa sia più o meno aderente, la punzione debba praticarsi in un sol caso, quando cioè l'impegno della testa del feto non rende praticabile la gastro-isterotomia.

In tutti gli altri casi io preferisco questa operazione, che salvando il feto può salvare anche la madre, potendola curare radicalmente della malattia, mediante la ooforotomia, salvo formale controindicazione. Non è già ch'io stimassi la ooforotomia preferibile alla semplice punzione, la quale molte volte potrebbe protrarre la esistenza della paziente per alcuni mesi, ed anche per alcuni anni, mentre quella potrebbe condurla prestamente a morte. Ma qui, trattandosi del doppio interesse della vita della madre e del feto, e potendo con la doppia operazione salvarli entrambi, laddove la punzione ordinariamente riesce letale per l'uno e per l'altra, e tutto al più potrebbe solo per qualche tempo prolungare i giorni della madre, io non saprei accordare ad essa la mia fiducia.

Nè si creda che la operazione cesarea, tanto grave per sè stessa, sarebbe certamente mortale per la madre, facendo simultaneamente la ooforotomia. Un fatto recentissimo dimostra evidentemente la possibilità della completa guarigione della madre. SPENCER WELLS² avendo diagnosticato un idrocistovario bilaterale, dopo la estirpazione del primo ovario, punse l'utero gravido a 5 mesi, ch'egli credeva altro tumore; accortosi a tempo dell'errore, praticò il taglio cesareo, secondo i precetti dell'arte, ed ottenne la completa guarigione della inferma.

Nè diversamente bisognerebbe regolarsi trattandosi delle altre neoformazioni dell'ovario, essendo il feto vivente. MERRIMAN ne consiglia la estirpazione, quando il tumore non ha contratto solide ed estese aderenze con le parti vicine; ma, ponendo che

¹ *The Lancet*, 1828, vol. 2°, p. 516, 517. — ² *Successful case of ovariectomy complicated by Caesarean Section*. M. Times 30 Septbr. 1866.

ciò si potesse verificare, la estirpazione non cesserebbe di compromettere gravemente i due esseri affidati alle nostre cure, ed è sempre miglior consiglio di praticare la gastro-isterotomia.

Certo non vi è da lodarsi degli altri mezzi posti in atto in simili deplorabili eventi. Secondo il PÉCAULT, in cinque casi, in cui si volle affidare il parto alla natura, morirono quattro madri e tre feti; due altre volte si fece il rivolgimento, dopo respinto il tumore in alto, e perirono i due feti ed una delle madri: in un altro caso si fece il rivolgimento dopo la incisione del tumore, e morirono entrambi. Lo stesso avvenne altra volta per l'applicazione del forcipe, e da ultimo la embriotomia, praticata sette volte, salvò appena due donne.

d) *Indicazione per neoformazioni degli altri organi genitali.* — Le alterazioni delle parti esterne della generazione non danno mai luogo al parto cesareo, qualunque sia il grado di atresia da esse prodotto; e rarissimamente la operazione è reclamata da neoformazioni delle trombe, le quali non raggiungono quasi mai un volume considerevole. Per quanto io mi sappia, una sola volta un tumore delle trombe rese il parto difficile, cioè nel caso riferito da CHAMBRÉ DE BOULAYE. Del resto se qualche neoformazione della tromba rendesse il parto difficile o impossibile, dovremmo comportarci come per le neoformazioni ovariche.

Delle novelle formazioni della vagina solo il carcinoma potrebbe rendere necessario il parto cesareo, poichè le altre non hanno mai un grande volume, ed ordinariamente sono peduncolate o sporgenti fuori la vulva, e sempre facilmente asportabili.

Il carcinoma della vagina suole mostrarsi come cancro epiteliale, e si estende talvolta su tutta la circonferenza dell'organo. Raramente primitivo, più spesso si sviluppa in seguito a quello dell'utero, e per lo più come diffusione dello stesso. Nell'anno testè decorso H. DAVIS¹ fu obbligato a praticare la operazione cesarea per enorme carcinoma della vagina, che permetteva appena il passaggio di un dito.

In questo caso, la operazione sarebbe indicata se il tumore,

¹ *The Lancet, And. de Morgan, Caesar. section, cancer of the vagina, 11.*

per difetto di compressibilità o per eccesso di volume, non permettesse il passaggio del feto neppure mediante l'uso del forcipe, la cui applicazione in queste condizioni non potrebbe alcuno pregiudicare la madre. Al contrario non dovrebbe praticarsi affatto se la vagina potesse prestarsi alla conveniente dilatazione, o se il feto fosse già impegnato nella scavazione, essendo preferibile in tal rincontro fare le incisioni multiple sul tumore, le quali, permettendo il passaggio del feto vivente, aggraverebbero di poco le disperate condizioni della madre.

e) *Indicazione per neoformazioni di altri organi contenuti nella cavità pelvico-addominale.* — I tumori della vescica e del retto non raggiungono mai tale volume da richiedere la gastri-isterotomia; o tutte quante le neoformazioni che possono svolgersi nei vari organi contenuti nell'addome non possono essere di ostacolo al parto. È buono sapere però che HEUSINGER,¹ e VIDAL² videro tumori renali, situati innanzi la sinfisi sacro-iliaca, che resero impossibile il parto naturale.

Per l'opposto nel cellulare intrapelvico frequentemente prendono origine neoplasie di varia natura, che non di rado hanno un volume ragguardevole, e che, non potendo essere spostate, riescono molto più pericolose di quelle che hanno sede nell'ovario.

Quasi tutti questi tumori sono situati nello spazio retto-vaginale, qualche volta sui lati della vagina; ora sembrano aderenti alle sinfisi sacro-iliache, ora lo sono alle ossa del bacino, ed in un caso MEIER ne vide uno, grande quanto la testa di un bambino, situato tra l'utero e la vescica.

Più frequentemente vi s'incontrano i fibromi, detti impropriamente da alcuni moderni ostetrici osteosteatomî, o tumori osteiformi. L'improprietà dipende da ciò, che questi tumori, oltre il tessuto basico, possono contenere come elementi accidentali le cellule adipose, le embrioplastiche, le cartilaginee, e le midollari delle ossa, specialmente quando hanno sede in prossimità di queste, con le quali vanno in ultimo a contrarre aderenze.

¹ *Americ. journal of medic. scienc.* 1829, p. 442.

² *Revue méd.* 1831, t. II, p. 382.

Spessissimo i fibromi peri-uterini presentano una calcificazione parziale o totale, e sembra che precisamente questi fibromi calcificati fossero descritti per tumori detti osteofibrosi.

A queste varietà si debbono riferire quel tumore descritto da PELLEGRINI,¹ e che nella sua struttura sembrava formato da un misto di tessuti fibrosi cartilaginei ed ossei; quello che OUTREPONT² descrive per fibro-cartilagineo; l'altro di GENSOUL³ contenente una massa calcificata; e gli altri iscritti da DREW⁴ e da BURNS.⁵

In ragione di frequenza vengono in secondo luogo le cisti, siccome risulta dalle osservazioni di PLENK⁶, di PELLETAN,⁷ di ROUX,⁸ di MEIER,⁹ ecc. Di rado vi prendono svolgimento le altre neoformazioni, e qualche volta l'ostacolo dipende da avanzi di gravidanza extrauterina, come nel caso di LAUVERIAT,¹⁰ o da ascesso, siccome osservò il MORLANNE.¹¹

La diagnosi della varia natura di queste neoformazioni è difficilissima, ed è quasi impossibile distinguerle da quelle dell'ovario, specialmente dopo l'impegno della testa, o allorchè il tumore ovarico è immobile per aderenze contratte con le parti circostanti, siccome ho già detto parlando delle neoformazioni ovariche.

I tumori in discorso, anche quando riempiono in gran parte o completamente la escavazione, possono permettere il parto per le vie naturali. Talvolta le contrazioni uterine e gli sforzi muscolari ne hanno cagionata la rottura senza inconvenienti, quando i liquidi contenuti hanno potuto farsi strada attraverso il retto, la vagina, o il circostante tessuto cellulare. Altra volta vennero espulsi per l'ano, come nel caso di CAMUS,¹² attraverso il perineo lacerato, o a lato della vulva, come nella osservazione del BALOUCHE.¹³

¹ *Archives de médecine*, 1844, t. V. — ² *Gazette médicale de Paris*, 1840. — ³ *Journal de Lyon*, t. I, p. 300. — ⁴ *The Edinburgh medical and surgical journal* t. I. — ⁵ *Op. cit.* 40 ediz. London 1843, p. 24. — ⁶ *Étém. Art. obstetr.* 1781. — ⁷ *Clin. chir.* 3^e vol. 1810. — ⁸ *Clinique des hôpitaux*, t. II, p. 183. — ⁹ CAZEAUX — *Op. cit.* p. 629. — ¹⁰ *Nouvelle méthode*, etc. p. 43. — ¹¹ *Revue méd.* 1833, t. II, p. 229. — ¹² *Lancette fran.* t. V, p. 92. — ¹³ *Opera citata*, p. 316.

Questi fatti straordinari non debbono lusingarci, poichè, nella maggioranza dei casi, il volume, la immobilità, e la resistenza del tumore, non fanno sperare un esito tanto fortunato, e rendono il parto assolutamente impossibile.

Allora le indicazioni sono variabilissime. Se si ha da fare con una cisti contenente liquidi, o con un ascesso, si dovrà farne la puntione, e laddove questa non fosse bastevole alla estrazione del materiale raccolto, potremo giovarci della incisione. Se il tumore fosse duro e resistente, poco aderente, ed accessibile, bisognerebbe farne la estirpazione, eseguita già felicemente da STEEMAN,¹ che asportò un tumore di 12 pollici di circonferenza, da DREW² che estirpò due tumori che sembravano partir dal ligamento sacro-sciatico, da BURNS³ che esegui felicemente la operazione, ecc. A maggior ragione sarebbe indicata la estirpazione se si avesse la fortuna d'imbattersi con un tumore peduncolato, come quello che il BALOCCHI osservò in *Legnaia* nel 1835. A parità di circostanze la estirpazione dovrebbe farsi sempre incidendo il perineo, non perchè questo processo è giustificato dall'esito favorevole ottenuto da BURNS e da DREW, ma perchè più razionale, sia per la maggior agevolezza della esecuzione, sia perchè ne sarebbe più facile la estrazione, senza temere che il passaggio del feto allargasse il campo della ferita. Cosa che avverrebbe sicuramente facendosi la incisione vaginale, raccomandata da STEIN nipote.

Questi mezzi sarebbero sempre da preferirsi alla operazione césarea, se si potesse con piena convinzione diagnosticare la sede, la natura, e le relazioni del tumore. Ma sventuratamente ciò è quasi sempre impossibile durante il travaglio del parto, e difficilissimo nel corso della gravidanza. Perciò nel dubbio vorrei che queste neoformazioni fossero trattate non altrimenti che quelle dell'ovario. Sarebbe oltre modo deplorabile estirpare un tumore molto aderente, o appartenente ad altra sede, ed inqualificabile la condotta di quell'ostetrico, che fosse obbligato, dopo una parziale estirpazione, ad espletare il parto col sacrificio del feto,

¹ *Journal compl.* t. XLI, p. 437. — ² VELPEAU — Op. cit. p. 387.

³ *Principi. of midwif.* ec. p. 33.

senza speranza di salvar la madre. Ogni volta che questi tumori restringono in modo la escavazione da rendere impossibile la espulsione spontanea, o la estrazione di un feto vivente, val meglio procedere sollecitamente alla gastro-isterotomia, che perdere vanamente un tempo preziosissimo per la salvezza del feto, esponendo la madre ai più gravi pericoli; poichè la durata eccessiva del travaglio potrebbe facilmente dar luogo, oltre ad altri accidenti, a rottura dell' utero.

IV.

CONDIZIONI FAVOREVOLI AL BUON ESITO DELLA OPERAZIONE.

Verificata bene la indicazione della gastro-isterotomia, se siamo chiamati a principio del travaglio, e maggiormente se si è avuta la opportunità di osservare la operanda negli ultimi tempi della gravidanza, dobbiamo prendere alcune precauzioni indispensabili a conseguire un risultato favorevole.

Dai più si vuole che, in tempo di elezione, la operazione si faccia a collo dilatato, a travaglio dichiarato, e prima della rottura della borsa delle acque. Questa opinione, basata precipuamente sulle statistiche, non può essere ammessa senza esame, ed io credo che meriti di essere sostanzialmente modificata, malgrado la eloquenza delle cifre aritmetiche.

Se ci facciamo a studiare la influenza che la durata del travaglio esercita sulla vita della madre, avremo che, praticata la operazione nelle prime 24 ore, i casi felici furono agli altri :: 1 : 2; da 24 a 72 ore :: 3 : 4; e più tardi come 1 : 3. Da queste proporzioni tratte dalla statistica del KAISER, si dovrebbe dedurre essere più utile praticare la operazione da 24 a 72 ore dopo cominciato il travaglio, che prima o dopo questo periodo. Ciò sarebbe conforme alla ragione dei numeri, ma è in perfetto disaccordo col buon senso, e ci dimostra luminosamente come le statistiche non possono avere un valore reale prima che siano purificate nel crogiuolo della critica.

L'esito della operazione non è in rapporto col tempo del

travaglio che per la influenza da questo esercitata sullo stato della partoriente, e perciò, a parità di circostanze, vi sarà tanto più a sperare, per quanto più presto si opera. Nessuno ignora che quanto più si protrae il travaglio, tanto maggiormente vi è a temere prostrazione di forze, commozione nervosa, e manifestazione di altri gravissimi accidenti. Oltre a che la vita del feto resta sempre più compromessa, siccome ho già provato (ved. pagina 12) in altro luogo. Ciò non toglie, che una donna di buona costituzione, sana e poco impressionabile possa sopravvivere quando la operazione viene eseguita anche nelle più disperate condizioni; mentre un'altra, infermiccia timida e sensibilissima, potrebbe morire dopo poche ore di travaglio, sebbene la operazione si praticasse nelle più prospere condizioni. In generale però è provato che, essendo più le forze conservate, vi è sempre più a bene sperare.

Tutti convengono non doversi operare prima che il collo non sia abbastanza dilatato. Invece io son di credere che questo precepto faccia più danno che bene, e vorrei che si operasse appena dichiarato il travaglio, od anche prima.

Non nego che a collo dilatato sia più facile lo scolo delle acque amniotiche, del sangue e dei lochi, e perciò meno temibile, dopo la operazione, un travasamento intra-peritoneale; ma questi timori mi sembrano per lo meno esagerati, poichè al termine della gravidanza gli orifici uterini si trovano in tale stato da permettere sempre il passaggio dei liquidi raccolti nella cavità dell' utero; e non di rado, anche nelle primipare, ho trovato il collo dilatato quanto una moneta da uno o due franchi, non pure alla fine del nono mese, ma fin dall' ottavo. E dippiù: nelle nullipare non vediamo il collo uterino prestarsi agevolmente alla fuoriuscita del sangue mestruale, e di grumi sanguigni più o meno grandi? Nei primi mesi della gravidanza, verificandosi l' aborto, il collo, quantunque non sia affatto rammolito raccorciato e dilatato, pure si presta benissimo al passaggio del feto e de' suoi annessi. A maggior ragione quindi ciò avverrà durante il travaglio, o negli ultimi giorni che lo precedono.

Mi si potrebbe opporre che in questi casi non possa succedere

diversamente, perchè dovendo la risultante delle contrazioni spiegare la sua potenza contro il punto meno resistente, deve necessariamente produrre la dilatazione del collo; mentre dopo la operazione, se questo non fosse sufficientemente dilatato, i liquidi uterini sarebbero spinti verso la ferita, dove minore è la resistenza.

La obbiezione è molto seducente, e si vuole perciò confutare. Riconoscendo il principio, io non posso ammetterne le illazioni, perchè sebbene la ferita uterina presenti minore resistenza, è impossibile durante la contrazione che per essa i materiali raccolti passino dall'utero alla cavità peritoneale. La struttura anatomica dell'utero è fatta in modo che, nel momento della contrazione, mentre determina la dilatazione del collo, produce l'avvicinamento delle fibre muscolari del corpo e del fondo; e perciò i margini della ferita, invece di divaricarsi, si ravvicinano da mettersi a mutuo contatto; e se avviene travasamento, ciò ha luogo solo nella intermittenza delle contrazioni.

Non si creda ch'io parli per induzione; deduco dai fatti il mio giudizio. Ho verificato quello che asserisco tanto sulla donna da me operata, che sugli animali all'uopo sacrificati; e posso affermare che se fosse possibile ottenere la contrazione permanente dell'utero, si sarebbe risoluto il più grave problema relativo al parto cesareo, siccome sarà chiaro dopo quello che andrò esponendo nel dire degli esiti della operazione.

Attendere la dilatazione del collo per eseguire la operazione, non solo è inutile, ma molte volte di grave pregiudizio. Nelle primipare (ed ordinariamente su queste si fa il taglio cesareo) la dilatazione suol'essere lenta, perciò l'aspettazione potrebbe, spossando l'utero, dar luogo alla inerzia, che conviene in questo rincontro evitare con ogni cura. E se richiamiamo alla nostra mente che i vizi del bacino impediscono, o rendono incompleta la ordinaria preparazione del collo, dobbiamo convenire che la dilatazione sarà lentissima, e l'utero quasi certamente nello stato d'inerzia, mentre allora maggiore sarebbe il bisogno della sua azione, la quale inoltre resta in gran parte paralizzata dallo stato morale, in che deve per necessità trovarsi una infelice, che teme la sua prossima fine.

Queste considerazioni mi consigliarono ad operare la *Vincentza Reitano* durante il periodo dei prodromi; in modo che al momento della operazione l'utero non era nè dilatato, nè in contrazione; e l'esito corrispose pienamente alla mia aspettativa. Tanto prima, che durante e dopo la operazione, i liquidi uterini vennero fuori liberamente.

Forse qualcuno mi accuserà d'imprudenza per aver io operato prima che le contrazioni fossero bene stabilite, ed a travaglio non ancora dichiarato. A sdebitarmi di questa accusa sono nel dovere di far nota la mia opinione anche intorno a questo riguardo.

Volendo attendere che le contrazioni si manifestino in tutta la loro efficacia, si corre rischio di operare troppo tardi, e quando l'azione dell'utero trovasi già affievolita o esaurita del tutto, oppure molto tempo dopo la rottura delle membrane, con danno evidente della madre e del feto. L'ostetrico non può restare a permanenza presso la operanda, ed occorre sempre più o meno tempo per giungere, dopo ricevutone l'avviso, presso la partoriente.

Prescegliendo invece il momento della operazione, si ha tutto l'agio di preparare convenientemente e con tutta calma l'occorrente, senza pericolo di operare in condizioni poco favorevoli. Nè si creda che, così facendo, vi sia da temere la inerzia uterina, poichè la perforazione delle membrane basta in tutti i casi a provocare la contrazione, siccome accade giornalmente nel provocare l'aborto o il parto prematuro. Non vi ha chi non sappia essere la perforazione delle membrane uno dei più efficaci mezzi valevoli a determinare la contrazione. Ma, a dimostrare viemeglio quanto siano infondati i timori di quelli che vogliono operare a travaglio inoltrato, ricorderò i risultati conseguiti dal *BILLI* di *Milano*, il quale operava sempre a principio del travaglio, e la straordinaria guarigione ottenuta da *SPENCER WELLS* (ved. pag. 73).

Del resto, per agire con maggiore sicurezza, si potrebbe due o tre giorni prima della operazione favorire lo sviluppo della contrazione con discreta irrigazione sull'utero, o cauterizzandone il collo col nitrato d'argento; e pochi momenti prima della operazione si potrebbe praticare il cateterismo uterino, servendosi

indifferentemente di qualsiasi processo, non occorrendo in questo caso evitare la rottura delle membrane. In quanto a me, mi limiterei a fare una sola cauterizzazione 24 ore prima, perchè questo metodo, proposto dall'illustre Prof. Giovanni di *Torino*, raramente vien meno: anzi il più delle volte non ha bisogno di essere punto coadiuvato da altri mezzi, siccome risulta da oltre cento osservazioni da me raccolte. In un sol anno ho potuto verificare 64 aborti provocati per una o due cauterizzazioni del collo, fatte da Medici e Chirurghi nella cura di granulazioni o ulceri.

Queste sono precauzioni certamente utili, ma non indispensabili, poichè possiamo agevolmente ottenere la contrazione con mezzi diretti, sia nel corso della operazione, sia dopo. Si può far uso del ghiaccio, o della elettricità, che difficilmente tradiscono la nostra aspettativa, ma a preferenza bisogna servirsi dell'acido carbonico. Dirigendo, col mezzo di un gassometro, una corrente di questo gas nella cavità uterina, attraverso la ferita praticata nelle sue pareti, si ottiene prontamente la contrazione. Molte vivisezioni da me praticate sulle cagne e sui conigli, mi hanno costantemente fornito siffatto risultato, che sembra confermare gli esperimenti e le teorie del Baowx-Séquan, circa la causa della contrazione uterina.

Essendosi rilevato dalle statistiche essere la mortalità delle operate in ragion diretta del tempo decorso dalla rottura della borsa delle acque, la maggior parte degli Autori raccomandano di operare a membrane sane, e di non romperle prima della operazione. A questo modo, essi dicono, la distensione dell'utero facilita la operazione; il feto è estratto più agevolmente, e protetto da qualsiasi lesione nell'eseguire la incisione delle pareti uterine; la ferita dell'utero sarà più regolare, comprenderà un minor numero di fibre muscolari, e perciò, dopo la estrazione del feto, sarà relativamente più piccola.

Molti altri al contrario vogliono che si operi dopo lo scolo delle acque, o che si rompa la borsa prima d'intraprendere la operazione, onde evitare la effusione del liquido amniotico. PLANCON dice che, operandosi prima, vi sarebbe a temere inerzia ed emorragia pel troppo istantaneo vuotamento dell'utero; CAR'S

SIEBOLD¹ ed altri ritengono necessario questo processo, specialmente quando le acque sono molto abbondanti; GRAEFE² consiglia di operare non solo dopo lo scolo delle acque, ma vuole inoltre che si raggiunga la parte prominente del feto, e che le contrazioni continuino ad essere regolari ed energiche. JACOLLETTI,³ che operò *Filomena Morvillo* dopo lo scolo delle acque, ne attribuisce a questa causa la buona riuscita, e si crede nel dritto di conchiudere « che questo fatto dimostra essere nocivo il precetto finora universalmente osservato, che debba rompersi il sacco delle acque nel momento che il chirurgo sta per aprire le membrane. »

A mio credere, si potrebbero conciliare utilmente le opposte opinioni. Non vi ha dubbio alcuno che operandosi a membrane intatte si ottengono tutti i vantaggi esposti dai fautori di questo metodo, potendosi anche con diligente circospezione evitare in gran parte la effusione del liquido amniotico e del sangue nella cavità peritoneale. Dall'altra parte non si può negare che il sollecito vuotamento dell' utero possa produrre i danni deplorati da quelli che preferiscono operare dopo lo scolo delle acque. Ma nel primo caso è impossibile evitare completamente la effusione, e ciò è di altissima importanza per la buona riuscita della operazione, siccome vedremo parlando degli esiti di essa; nell'altro si corre rischio, oltre ai pericoli cui il feto è esposto, di vedere la donna perire per emorragia ed esaurimento, essendo più probabile la inerzia dell' utero per spossamento, che per sollecita deplezione. Oltre a ciò si possono incontrare difficoltà gravissime nell' eseguire la operazione. A darne una idea, mi contento di riferire solo le parole del MALGAIGNE: « Noi abbiamo praticato una volta l' operazione cesarea, ed abbiamo incontrato una difficoltà, che nessuno autore aveva menzionato. Le acque erano scolate da qualche tempo; l' utero, ritornato sopra sè stesso, era nascosto dietro gl' intestini, e per metterlo allo scoperto bisognò far uscire gl' intestini dalla ferita.

¹ MICHAELIS — *Abhandlungen* p. 152. — ² *Veber Minderung d. Gehähr beim Kaiserschnitt, nebst der Gesch eines Falles, in welchem M. u. K. erhalten wurden. In Graefe'su. Walter's Journ. f. Chir ec Augenheilk. Bd. IX 1826, p. 1.* — ³ *Morgagni* 1862, p. 721.

- Ma le pareti addominali, ritornate sopra sè stesse, rifiutaro-
- no in seguito di riceverli. Per questa riduzione.....»

Ad evitare tutti quanti questi pericoli, io credo che bisognerebbe operare prima della rottura della borsa, a condizione però di vuotarla dalla via della vagina prima d'inciderla in corrispondenza del taglio, e facendo la estrazione del feto ed annessi a secondo tempo, cioè appena ottenuta la contrazione. Allora otterremo i vantaggi dei due metodi, evitandone in pari tempo gl'inconvenienti.

Infatti, operando al principio del travaglio, e prima dello scolo delle acque, ci sarà facile eseguire la incisione utero-addominale, la ferita dell'utero sarà più limitata, ed eviteremo di recare offesa al feto. Col fare per la vagina la perforazione delle membrane, dopo la incisione dell'utero, provocheremo la contrazione evitando il travasamento; e finalmente estraendo il feto e gli annessi dopo la riduzione dell'utero, eviteremo la inerzia, le emorragie, e le sincopi, che fanno tanto paura al Prof. JACQUET. Seguendo precisamente queste norme nella operazione da me eseguita, io ho potuto vederne tutta la importanza, ed ottenerne un risultato molto lusinghiero.

Ad ottenere un buon risultato però non basta fare la operazione a primo tempo, con le avvertenze enunciate; è necessario altresì modificare lo stato generale della operanda, provvedendo in pari tempo al suo morale, ed alle condizioni igieniche: ma di ciò farò parola nel discorrere della cura preparatoria.

V.

METODI E PROCESSI OPERATIVI.

I vari metodi e processi operativi escogitati per eseguire la gastro-isterotomia si riferiscono principalmente alla incisione delle pareti addominali; la quale è stata praticata, siccome giu-
diziosamente fa notare il BAUDELOQUE,¹ in quasi tutti i punti del basso ventre.

¹ Op. citata vol. 4°, p. 23.

I metodi si riducono a due: con l'uno si giunge sull'utero incidendo il peritoneo; con l'altro si perviene sul collo uterino senza ledere il peritoneo.

Primo metodo.

Il primo metodo abbraccia cinque processi principali, cioè il laterale, il mediano, il trasversale, il diagonale e l'indeterminato.

Processo laterale.— Nel processo *laterale*, detto anche di LEVRET, la incisione va fatta tra il margine esterno di un muscolo retto ed una linea condotta dalla spina iliaca antero-superiore dello stesso lato alla estremità anteriore dell'ultima costola.

Questo processo, di tutti il più antico, fu raccomandato da GUY DE CHAULIAC fin dal 1363 per l'operazione che praticavasi sulle donne morte, e più tardi da ROUSSET per le viventi: perciò a torto viene attribuito al LEVRET, il quale non fece che darne una più precisa descrizione.

Gli antichi, conservando sempre al taglio la direzione verticale, fecero la incisione ora rettilinea (ROUSSET, ROULEAU, PLATNER), ora leggermente obliqua,¹ ora a forma di mezza luna,² o in direzione più o meno composta, siccome fecero DE LA RIVIERE, ed ETIENNE;³ e lo STEIN il vecchio,⁴ che concorse non poco a divulgarla, vorrebbe che la incisione fosse obliqua, e non parallela all'orlo esterno del muscolo retto, secondo insegna il LEVRET.

Processo mediano.— Il processo *mediano*, o di DELEURYE, consistente nella incisione della linea alba, fu menzionato da P. DE LA CERLATA fin dal principio del secolo XV, e da MAURICEAU⁵ considerato come preferibile al precedente. Venne più tardi raccomandato da PLATNER, ed eseguito due volte felicemente da GUENIN,⁶ chirurgo di Crepy. Nelle istituzioni chirurgiche del primo si

¹ LAUVÉRIAT—Op. cit. p. 130. — ² PRU—Prat. des accouch. etc. p. 317, 321. —

³ LAUVÉRIAT—Op. cit. pag. 111. — ⁴ Abhandl. von d. Kaisergeb. etc. —

⁵ Maladies des femmes grosses etc. — ⁶ Histoire de deux opér. césar. faits etc. 1730.

legge « Incidantur juxta lineam albam plaga majori, quae ab umbilico ad ossa pubis fero descendit, tum abdominis muscoli tum peritonaeum, ubi tamen vitandum ne violetur arteria epigastrica »; e l'altro dice formalmente « Io incisi gl' integumenti per la lunghezza di sei pollici circa, in linea retta, incominciando ad un pollice al disotto dell'ombellico, fino ad un pollice al di sopra del pube. » Nel 1769 il SOLAYRES consigliava questo processo, che per mancanza di opportunità egli non poté eseguire; ma in Germania, nello stesso anno, fu praticato da HENKEL, siccome si rileva dalle sue *osservazioni e riflessioni di medicina e di chirurgia*, pubblicate nel 1772, e da una dissertazione latina di HOFFENSTOCK,¹ pubblicata in Vienna nel 1776.

Fino a quest'epoca il DELEURYE,² di cui il processo porta il nome, lo ignorava completamente, tanto che non ne dice sillaba nella prima edizione della sua opera, venuta fuori nel 1770. Ma poichè chi più grida e si dimena ordinariamente la vince, egli seppe, divulgandolo con le sue opere, attribuirsi un merito che non gli era dovuto.

GUENIN vuole che la incisione cada almeno cinque millimetri in fuori della linea mediana; OSIANDER e LANGENBECK da un centimetro a 27 millimetri al di là; e BAUDELLOCQUE raccomanda, ove il bisogno lo esiga, di prolungarla in alto fino all'ombellico, e di anche più sopra ed a sinistra.

Processo trasversale.—Il processo *trasversale* o di LAUVERIAT, consiste in una incisione praticata trasversalmente, tra il muscolo retto e la colonna vertebrale, per la estensione di dodici a tredici centimetri, più o meno in alto, secondo la elevazione dell'utero, ed a preferenza dal lato dove l'utero fa maggiore sporgenza.

Veramente questo processo di cui parlano SAINT-GERMAIN, LE BAS, ed altri, fu proposto prima da DUNCER, e da molti ostetrici francesi eseguito; ma si deve a LAUVERIAT la gloria di averlo perfettamente descritto, ed una volta eseguito con esito favorevole.

¹ *Bohemopragensis Dissertatio inauguralis medico-chirurgico-obstetricia, de hysterotomia.* — ² *De l'oper. césar. sur la ligne blanche, etc.* p. 8. Paris, 1779.

Processo diagonale. — Il taglio *diagonale* si esegue, secondo STEIN nipote,¹ in direzione obliqua, dalla spina iliaca di un lato all'ultima costola spuria dell'altro lato. ZANO, e SCHMIDTMÜLLER si sono pronunziati pel processo di STEIN, e BUSCH lo esegui una volta, ma con esito infausto.

Processo indeterminato. — Il processo *indeterminato*, o di OSIANDER,² si esegue nel seguente modo. Introdotta una mano negli organi genitali, si spinge la testa del feto contro le pareti addominali, e sulla protuberanza da essa formata esternamente si fa una incisione di quattro centimetri, in direzione obliqua, in modo però da interessare solo la parte inferiore dell'utero. Due volte l'Autore esegui il suo processo, cioè nel 1803, e nel 1806, ma sempre con infelice riuscita.

Secondo metodo.

La prima idea di questo nuovo metodo si deve a JOURA,³ che lo propose fin dal 1806. Esso comprende tre processi.

Primo processo. — Il primo processo fu proposto da RITGEN⁴ nel 1820, e consiste in una incisione trasversale dei muscoli larghi dell'addome, al di sopra della cresta iliaca, per aprire il collo dell'utero, a livello dello stretto superiore, dopo di avere fino a questo punto distaccato il peritoneo. L'Autore esegui due volte il suo processo, ma sempre colla perdita delle operate.

Secondo processo. — Il secondo processo si appartiene a PUVIS,⁵ il quale, avendo notato che il peritoneo è facile a separarsi dalla vescica e dai contorni del collo uterino, propose che si faccia una incisione orizzontale immediatamente al di sopra del pube, onde giungere al collo dell'utero, che verrebbe aperto senza ledere il peritoneo, il quale sarebbe respinto in alto.

Terzo processo. — Il terzo processo è di BAUDELOCQUE nipote,⁶

¹ *Geburtsh. Abhandl. Marb.* 1803, p. 123. — ² *Hanbauz d. Enbindungskunde* 2^a ed. v. 11, § 346 e 349. — ³ *Handb. d. Geburtsh.* 1833, § 512. —

⁴ *Die Anzeigen der mäch. Hülfen. etc.* 1820, p. 406, 413. — ⁵ *Dewees. A compud system of midwifery etc.* ed. 4^a Philadelph. 1830, p. 381. — ⁶ *Nouveau moyen pour delivrer etc.* Paris 1824, p. 22.

il quale comincia la incisione in prossimità della spina del pube, e la prolunga parallelamente al ligamento di POUTART, fino al di là della spina iliaca antero-superiore, dal lato opposto a quello in cui l'utero è più inclinato col suo fondo. Divide la parete addominale senza interessare l'arteria epigastrica, spinge il peritoneo dalla fossa iliaca alla escavazione pelvica, mette a nudo la estremità superiore della vagina, che divide, e da ultimo procura di ricondurre il collo uterino in rapporto con la ferita addominale.

L'autore ha sperimentato due volte questo processo, ma con esito infelice, poichè, in entrambi i casi, i feti furono estratti morti, e le operate morirono poco dopo. Nel primo caso, fatta l'apertura dell'utero, egli fu costretto di praticare il taglio cesareo nel modo ordinario; e nell'altro, dopo la incisione dell'utero e del rivolgimento, non essendo possibile la estrazione del feto per l'apertura artefatta, espletò il parto per le vie naturali. Nè ciò deve recare sorpresa, perchè il bacino segnava nel suo minor diametro non meno di tre pollici e 10 linee (0^m,100).

Valore comparativo.—I vari processi del secondo metodo non hanno finora la sanzione clinica; quello di PHYSICK non è stato neppure tentato, e gli altri, nei pochi esperimenti che ne furono fatti, riuscirono sempre letali. Facendo plauso al buon volere di chi li proponeva, nello intento di non offendere il peritoneo e di rispettare l'utero, io mi penso che non valga la pena di discuterli. La eccessiva difficoltà di praticarli, il pericolo di ledere il peritoneo e la vescica, i vasti scollamenti peritoneali, la ferita della vagina e del collo uterino, le estese suppurazioni, gl'infiltramenti purulenti, la cancrena, la remota possibilità di condurre l'orificio dell'utero in rapporto con la esterna ferita, e l'angustia della via aperta al passaggio del feto, non possono certamente invogliarne alla esecuzione neanche i più arditi operatori. E perciò io son tutto con quegli autori, che li considerano come operazioni impraticabili, o per lo meno gravi di pericoli e difficoltà.

Il primo metodo invece ha dato molti felici risultati, e merita perciò di essere conservato; ma siccome i vari processi non hanno gli stessi vantaggi, ci corre l'obbligo di discuterli, e

mostrare quale di essi meriti la preferenza. Ed a rendere più chiaro quello che andrò dicendo, credo utile richiamare alla mente alcune disposizioni anatomiche, ed alcuni dati topografici delle pareti addominali.

La linea bianca ch'è una specie di nastro tendineo molto resistente, detta dal GERDY *sutura aponeurotica dell'addome*, risulta dall'incrocciamento delle varie lamine aponeurotiche dell'addome, e può considerarsi come centro dove convergono tutti gli elementi fibrosi del ventre. Il muscolo retto trovasi racchiuso in una vagina aponeurotica, la cui parete anteriore è fornita dal muscolo grande obliquo e dalla lamina superficiale del piccolo; mentre la parete posteriore è fatta dalla lamina profonda del piccolo obliquo e dall'aponeurosi del trasverso. I muscoli retti sono fra loro separati dalla linea bianca, che, nelle condizioni ordinarie, ha appena la estensione di pochi millimetri; ma verso il termine della gravidanza, come per altre cause che producono considerevole distensione delle pareti addominali, la distanza che intercede fra loro si aumenta di circa quattro pollici, siccome ebbe a verificare il COUTOUX in un caso in cui volle fare la gastro-isterotomia col processo di LAUVERNIAT,¹ e come ognuno può giornalmente osservare sui cadaveri che offrono grande distensione dell'addome, sia per tumori, sia per ascite, ecc. Questo divaricamento è costante, ma in quanto a grado, è in rapporto con l'epoca della gravidanza, e secondo che essa è semplice, composta o complicata, con lo sviluppo dell'uovo, con la statura e le condizioni generali della donna, con la maggiore o minore cedevolezza delle pareti addominali, e con lo sviluppo del tessuto celluloso-adiposo sotto-cutaneo. Il massimo divaricamento si ha a livello della cicatrice ombelicale, dove io soglio dirigere le prime mie ricerche nel praticare il palpeggiamento addominale.

Oltre a ciò, i muscoli retti, per lo slargamento delle loro fibre, giungono alla fine della gravidanza ad avere una larghezza di circa quattro pollici, in modo che il loro margine esterno si trova, presso a poco, sei pollici in fuori dalla linea bianca.

¹ Journ. génér. de méd. vol. XXXIV, p. 277.

L'arteria epigastrica che normalmente raggiunge, a quattro centimetri dall'arcata crurale, il margine esterno del muscolo retto, per situarsi al disotto della sua faccia posteriore, ascendendo obliquamente verso l'ombelico, non conserva i suoi rapporti ordinari; ma, seguendo lo spostamento del muscolo, si trova molto più in fuori.

Da ultimo devo ricordare che il muscolo retto, nel quarto inferiore della sua faccia posteriore, non è ricoperto dalla guaina aponeurotica, mancante in questa regione, dove in sua vece, ma non sempre, vedesi il muscolo piramidale.

Premesse queste poche nozioni anatomiche, ci sarà più agevole l'analisi critica dei vari processi operatori, e potremo, senza dimenticare però gli altri elementi del problema, decidere a quale fra essi si debba, massime per ragion chirurgica, accordare la preferenza. Lasciando da banda i due ultimi processi, che meritano appena di essere ricordati, e che finora non hanno dato alcun buon risultato, io mi limiterò ad esaminare solamente gli altri tre, cioè il laterale, il trasversale, ed il mediano.

I vantaggi del processo laterale si riducono alla impossibilità di ferire la vescica, ed alla facile fuoriuscita dei liquidi raccolti nella cavità addominale; vantaggi più illusori che reali, perchè la vescica sarà sempre rispettata dall'abile operatore in qualsiasi processo, e la facile uscita dei liquidi è controbilanciata ad usura dal passaggio dei secreti uterini nella cavità addominale. Ma, fossero anche reali questi vantaggi, essi non compenserebbero affatto i gravi inconvenienti, prodotti dal processo in parola. Con esso infatti si può ferire l'arteria epigastrica, si tagliano le fibre dei muscoli larghi in senso trasversale o obliquo, è difficilissimo conservare il paralellismo tra la ferita addominale e quella dell'utero, ed ottenere, atteso la retrazione dei muscoli recisi, l'avvicinamento dei margini della ferita esterna. Inoltre, se l'utero non è molto inclinato dal lato della incisione, vengono fuori rapidamente delle anse intestinali, accrescendo le difficoltà ed i danni della operazione.

Col processo trasversale l'autore si proponeva di evitare la ferita dell'arteria epigastrica, di dividere le fibre del muscolo trasverso senza reciderlo, di facilitare il paralellismo delle due

ferite, di tagliare l'utero in alto per impedire il travasamento nella cavità addominale, e di favorire lo scolo dei liquidi dall'angolo posteriore della ferita addominale. Ma, tranne la divisione dello musco trasverso, tutto il resto è immaginario; non è vero che si possa sempre evitare la epigastrica; il paralellismo si perde sollecitamente, poichè l'utero, contraendosi, si porta sempre più in basso, e la sua ferita si troverà molto più in sotto di quella addominale; il travasamento addominale, invece di essere prevenuto, resta favorito, poichè le secrezioni uterine, venendo fuori, non possono che raccogliersi nella parte inferiore della cavità addominale, essendo impossibile che raggiungano la ferita dell'addome che trovasi a livello dell'ombelico.

A questi inconvenienti, se ne aggiungono altri di non minore importanza. L'utero sarebbe tagliato nella parte più vascolare, e dove maggiore è il lume dei vasi, e perciò più facile il pericolo di grave emorragia; i muscoli obliqui verrebbero tagliati obliquamente non altrimenti che nel processo laterale, e quindi difficile cicatrizzazione della ferita addominale, e facili eventrazioni, dopo la guarigione; potrebbero venir lesi gli annessi dell'utero; sarebbe quasi impossibile impedire la uscita delle anse intestinali, che imbarazzerebbero moltissimo l'operatore; e, quel ch'è peggio, il muscolo retto resterebbe tagliato trasversalmente in tutta la sua estensione. Nè potrebbe avvenire diversamente, perchè ad evitare il muscolo retto si dovrebbe incominciare la incisione a sei pollici dalla linea mediana, cioè quasi dove essa deve terminare, il che è fisicamente impossibile.

Il processo mediano espone ai minori possibili inconvenienti. Infatti con esso si rispettano tutti i muscoli, l'arteria epigastrica non può essere lesa, si conserva il paralellismo delle due ferite; si può dare facile scolo ai materiali raccolti nella cavità addominale, terminando la incisione uterina più in alto della addominale, acciò dopo la retrazione non resti più bassa dell'angolo inferiore di questa.

Gli avversari di questo processo asseriscono che si può ferire facilmente la vescica, che il processo cicatriziale della ferita addominale sarebbe lentissimo per la natura delle parti interessate, e cho ci sia da temere inevitabilmente la eventrazione,

dopo la operazione. Ciò è del tutto erroneo: l'operatore accorto non potrà mai ledere la vescica; e una sola volta, a dir vero, fu ferita in questo Ospedale degl' Incurabili. La cicatrizzazione non si fa lungamente aspettare, quando la ferita addominale è riunita con conveniente sutura, e nella donna da me operata io la ottenni per prima intenzione. Finalmente la eventrazione sarà a temere meno che negli altri processi, quando la incisione esterna è fatta opportunamente.

Per essere certi di evitare i danni attribuiti a questo processo bisogna fare la incisione come la consigliano OSIANDER e LANGENBECK, cioè lunghesso il margine interno del muscolo retto. Questa modifica, raccomandata anche dal MALGAIGNE, era praticata in *Italia*, fin dal 1838, dal benemerito Prof. BILLI, a confessione dello stesso PETREQUIN.¹ A questa maniera, dopo la operazione, retraendosi le pareti addominali, i muscoli retti riprendono il rapporto primitivo, ed impediscono la temuta ernia addominale, perchè vengono a fraporsi tra le lamine aponeurotiche incise. È utile inoltre che la incisione sia un poco obliqua da fuori in dentro, e da sopra in sotto, perchè il divaricamento esistente fra i margini interni dei muscoli decresce dall'ombelico al pube, e perchè in basso, mancando la lamina vaginale posteriore, il muscolo resta tanto più scoperto per quanto maggiormente ci allontaniamo dalla linea mediana. Da ciò è chiaro come il processo mediano debba essere a tutti gli altri anteposto. Non ignoro che tanto il processo laterale che il trasversale hanno qualche volta dato risultato favorevole, ma questa non è una buona ragione per conservarli in pratica. Nel prescegliere un metodo, od un processo operatorio, noi non dobbiamo tenerci che alla ragione chirurgica, ed appunto questa ragione è tutta a favore del processo mediano, come spero di avere, dal sin qui detto, chiaramente dimostrato.

¹ *Voyage en Italie.* — *Gaz. méd.* janv. 1838.

VI.

CURA PREPARATORIA.

Avendosi l'agio di osservare la operanda nel corso della gravidanza, si deve prepararla convenientemente, onde prevenire, per quanto è possibile, le gravissime conseguenze della operazione, sul cui esito la cura profilattica dispiega una salutare influenza. Finora questa cura o fu trascurata, o fatta male; ed è a maravigliare, come unanimemente gli ostetrici riguardano la gastro-isterotomia come *ogni altra* grave operazione chirurgica. Tutti indistintamente commendano e bagni, e salassi, e credono così prevenire, o almeno rendere meno gravi i consecutivi accidenti infiammatori.

Però se vi è a convenire sull'uso dei bagni tiepidi, i quali potranno giovare per più ragioni, non è lo stesso pel salasso, che mi sembra invece assolutamente controindicato. Primamente è falso che la morte della operata dipenda ordinariamente da processi infiammatori, siccome vedremo di qui a poco, scorrendo degli esiti; invece è prodotta il più spesso da altri fatti, che restano favoriti dal salasso, il cui effetto costante è la minorazione della massa sanguigna, e quindi il suo depauperamento. E questo sarà tanto più dannoso nella gravida, per la ordinaria esistenza di discrasia ematogenetica, da cui la *idremia*, la quale predispone di molto alle gravissime affezioni puerperali.

Anche ammettendo la frequenza di gravi accidenti infiammatori, la controindicazione del salasso non sarebbe meno formale oggi che la patologia cellulare ne insegna essere la infiammazione « *una acuta alterazione nutritizia degli elementi istologici dei tessuti* » e che è risaputo non essere la infiammazione sempre di una identica natura, potendo essa presentare diverse forme anatomiche, ed essere prodotta da cause svariatissime.

E però non so comprendere come si voglia sempre il salasso, il quale potrebbe solo soddisfare, ed in pochi casi, la indicazione sintomatica. Chè a buona ragione l'uso del salasso deve limitarsi a quei casi, in cui i danni derivanti dall'eccesso quantitativo del

sangue sono imminenti, e maggiori di quelli, che potrebbero derivare dalla consecutiva idremia. La natura di questo mio lavoro non mi consente di scendere a più minuti particolari: chi bramasse conoscere tutte le ragioni fisiologiche che controindicano il salasso, potrebbe consultare le « *Considerazioni critiche intorno al salasso* » dell'illustre Prof. TOMMASI, o le sue lezioni di *Terapia generale* esposte egregiamente dal solerte Dottore AURI, della cui amicizia, basata su reciproca stima, mi onoro altamente.

Invece di far uso dei salassi, che renderebbero sempre più grave la discrasia ematogenetica, esistente pel solo fatto della gravidanza, si deve per lo contrario prescrivere la cura tonico-analeptica.

E in verità, in prima bisogna riflettere che il maggior numero delle donne, che richiedono questa operazione, sono rachitiche infermicce e male andate; e poi nella gravidanza si ha costantemente *leucocitosi*, ed *albuminuria*. La leucocitosi è conseguenza della transitoria irritazione ed iperplasia delle glandole linfatiche inguinali e lombari, e l'albuminuria è dovuta all'aumento di pressione laterale del sangue nei vasi renali, per compressione esercitata dall'utero gravido sulla vena cava inferiore. Queste sostanziali alterazioni della crasi sanguigna vogliono essere prese in seria considerazione, se si vogliono davvero rendere meno pericolose le conseguenze della operazione. E però utilissimi e spesso necessari in questi rincontri sono i preparati ferruginosi e chinacei, e talvolta gli altri amaricanti. Giova il moto, la buon'aria, il vino; e la vittitazione vuole esser fatta da cibi azotati per compensare specialmente la perdita dell'albumina.

Se quei pratici, che non sanno ancora rinunziare alle viete dottrine, invece di prescrivere salassi, adottassero questo trattamento nel corso della gravidanza, e specialmente negli alti mesi, non avrebber certo a deplorare tante gravi malattie puerperali, e molte vite non sarebbero spente. Ma, mi amareggia il dirlo, giornalmente medici e levatrici consigliano il salasso per qualunque menomo disturbo funzionale: ed in questa città è troppo diffuso il mal vezzo di ricorrere alla flebotomia, almeno una volta al mese, durante tutto il corso della gravidanza.

Al buon esito della operazione è necessario pure che la donna conservi la massima tranquillità di spirito, perchè i patemi d'animo deprimonno oltremodo la forza dell'organismo, predisponendo all'esaurimento nervoso, ed alle gravi affezioni puerperali. Sotto questo rapporto sarebbe desiderabile che ella ignorasse la sorte che l'attende; ma dovendosi nei casi d'indicazione relativa richiedere il suo consentimento, le si dovrà manifestare la necessità della operazione solo quando già tutto è disposto per eseguirla. Nei casi poi d'indicazione assoluta, io vorrei che si praticasse la operazione senza darne partecipazione alla paziente, che potrebbe venir eterizzata, sotto qualche pretesto, ed operata senza che abbia neppure ad avvedersene. Così facendo, potremo conseguire risultati favorevolissimi, senza intanto esporci all'altrui biasimo.

Da ultimo è indispensabile che la operanda sia posta nelle migliori condizioni igieniche; sarebbe ottimo consiglio farla dimorare in campagna, in abitazione bene esposta, ventilata, e che non contenga altri malati. Se ciò non fosse possibile, si dovrebbe ad ogni costo operare almeno fuori degli ospedali. È inutile ch'io insista su questo riguardo, essendo troppo noto che negli Ospedali, e massime nelle Sale Chirurgiche, l'accumulo dei malati, se vi manchi la nettezza, e siavi difetto di ventilazione, suole facilmente fare svolgere negli operati la piemia: e spesso l'aria stessa dei nosocomi si comporta come vero miasmoide.

Non altrimenti avviene nelle Sale di Maternità, dove la riunione di molte puerpere deve necessariamente viziare l'aria, per la presenza di tante materie organiche, come: grumi sanguigni, lochi, feti morti e putrefatti, ulceri gangrenose da contusione, ecc. La infezione dell'aria produce una infezione generale dell'organismo, che si può anche manifestare solo localmente, e massime nella località vulnerata. La frequenza della febbre puerperale endemica nei grandi istituti di maternità, ch'è dovuta precisamente a queste cagioni, è la prova più eloquente di quello che son venuto dicendo.

Epperò la operazione cesarea darebbe risultati ben differenti da quelli finora ottenuti, se gli ostetrici smettessero alcune pratiche

ormai condannate dalla medicina sperimentale, e si uniformassero alla condotta di che abbiain ragionato. Non si creda però che la operazione abbia a riuscire sempre felice; bisognerebbe aver perduto addirittura il senno per pensarlo. Io ho voluto dire solamente che la cura tonica, e gli altri mezzi ausiliari che io ho proposti, possono e debbono in gran parte diminuire la predisposizione alle gravi infezioni, che sogliono essere la ordinaria cagione della morte delle operate, siccome vedremo in seguito; e, diminuendo queste predisposizioni, valgono a rendere la operazione meno pericolosa.

VII.

DELLA MANIERA DI OPERARE LA GASTRO-ISTEROTOMIA.

Prima d'intraprendere la operazione bisogna preparare tutto ciò che occorre per la sua esecuzione, e provvedersi dei necessari assistenti.

Costituiscono l'apparecchio operatorio: due bistorini, l'uno convesso, e l'altro a lama stretta e bottonato, una sonda, un catetere, una forbice, una o più pinzette a torsione, aghi da sutura, fili incerati, due cilindretti di diachilon o due bastoncini della lunghezza di 3 pollici per la sutura incavigliata, alquanto liste di sparadrappo, una compressa bucherata, il cerato, filaccica, compresse graduate, una fascia di sparadrappo ed una a corpo, spugne di varia grandezza, il ghiaccio, una vescica, qualche cordiale, una siringa da iniezione, ed acqua calda e fredda.

Gli assistenti debbono essere almeno sei — Due hanno l'incarico di fissare l'utero lunghesso la linea mediana, e di mantenere le pareti addominali addossate all'utero, onde impedire il versamento nella cavità peritoneale, e la fuoriuscita delle anse intestinali. Di essi il primo, ponendosi a sinistra della operanda, colloca le mani sul basso ventre; e l'altro, situato presso la spalla destra, applica le mani sulla regione superiore delle pareti addominali. La estremità delle loro dita dee disporsi in

modo da potersi incrociare tra loro, acciò, dopo il taglio delle pareti utero-addominali, ciascuno possa introdurre l'indice destro nella ferita, l'uno all'angolo inferiore, l'altro al superiore.

Il terzo assistente, stando presso la spalla sinistra, deterge il sangue dalla ferita, coadiuva l'operatore nella legatura dei vasi, e nei vari momenti della operazione.

Il quarto somministra gl'istrumenti, e tutto ciò che nel corso della operazione può bisognare all'operatore. Il quinto è deputato alla eterizzazione; ed il sesto, che dovrebb'essere un abile chirurgo, è destinato ad assistere immediatamente alla esecuzione dei vari atti operativi, ed a sostituire l'operatore, qualora, per qualsiasi ragione, questo fosse nella impossibilità di compiere la operazione. Oltre costoro una persona deve tenere la testa e le spalle, ed un'altra deve immobilizzare il bacino.

La stanza destinata per l'operazione dev'essere larga, ben ventilata, e non deve contenere altri individui, specialmente malati. La temperatura ne sia piuttosto elevata, risultando dalle osservazioni di CLAY sull'ovariotomia, che operandosi in luogo riscaldato l'esito è più favorevole. Il letto sia stretto ed all'altezza della base del petto dell'operatore, il quale così avrebbe il vantaggio di potere eseguire la operazione senza defaticarsi, potendosi restare più a lungo in questa posizione, che tenendo curvata la parte superiore del tronco. — Il miglior letto si avrebbe soprapponendo un materasso ad un tavolino ordinario.

AITKEN¹ e SARROIS² vorrebbero che, durante la operazione, la donna restasse immersa nell'acqua, onde impedire l'ingresso dell'aria nel peritoneo; ma posteriormente niuno ha osato proporre questa ridicola precauzione.

Essendo tutto disposto, si situa il letto in luogo illuminato, ed in maniera che resti isolato, acciò gli aiutanti possano muoversi liberamente intorno ad esso. Allora vi si adagia la donna in posizione orizzontale, con le cosce leggermente flesse, e la testa sollevata; e mentre si fa la eterizzazione dall'aiutante a ciò delegato, l'operatore deve vuotare la vescica, mediante il

¹ *Principi. of midwifery*, 1785 — KILIAN, *die operat. ecc.* p. 798. — ² *Thèse* — Montpellier — 1803.

cateterismo, ed assicurarsi con la percussione che anse intestinali non sieno interposte tra l'utero e le pareti addominali: se vi fossero, converrebbe respingerle in alto. Situata bene la operanda, e collocati gli aiutanti al posto rispettivo, si dà principio alla operazione, che divideremo in cinque tempi.

1. PRIMO TEMPO.

Apertura della cavità addominale.— Trattandosi d'indicazione relativa, prima di procedere alla incisione delle pareti addominali, bisogna assicurarsi nuovamente della vita del feto col mezzo della ascoltazione, ripetuta più volte ed accuratamente, onde non esporsi al pericolo di presentare alla madre un cadavere, in compenso di tanti sacrificii. Fatti certi della vita del feto, gli aiutanti incaricati di fissare l'utero applichino bene le mani sui lati e sul fondo, in modo da circoscriverlo esattamente. Sarebbe utile che le mani fossero applicate su larghe spugne, siccome vuole HÉNÉBUS, e siccome fecero KLUGE, WALTER, VELPEAU, ed altri. — LEVRET raccomanda di fare una larga piega trasversale nel mezzo della parte da incidere, onde tagliare con maggiore sicurezza; ma indipendentemente dalle difficoltà che s'incontrerebbero, il più spesso, a fare questa piega, essa mi sembra assolutamente inutile.

L'operatore, situato a destra della donna, e tendendo la pelle con le dita della mano sinistra, prende con la sua destra il bistorino convesso, tenuto come penna da scrivere, ed incide, successivamente e strato a strato, le pareti addominali fino al peritoneo, per una estensione di cinque a sei pollici, dall'ombelico a due o tre dita trasverse al di sopra del pube. La incisione si comincia a livello della cicatrice ombelicale, ed almeno un pollice al di fuori, facendola scendere obliquamente in basso, in guisa che vada a terminare per mezzo centimetro di là dalla linea bianca. Laddove il campo delle pareti addominali non consentisse fra i limiti precisati una incisione della lunghezza indicata, si deve prolungare il taglio in alto ed a sinistra, ma giammai in basso, se si vuole sicuramente salvare la vescica.

La incisione non deve farsi mai a destra, onde rispettare il ligamento del fegato, e la possibile anastomosi, notata da parecchi anatomici, tra la vena ombelicale e la epigastrica. Arrivati al peritoneo, ed usando la stessa diligenza con la quale s'incide il sacco erniario, vi si pratica in alto un piccolo foro, pel quale s'introduce l'indice sinistro, sulla cui guida si divide il peritoneo col bistorino bottonato, fino all'angolo inferiore della esterna incisione, usando in basso la maggiore attenzione per non ledere la vescica. A ciò fare, con le dita introdotte nella prima incisione del peritoneo, si potranno sollevare le pareti addominali, per vedere se la vescica è discosta dal punto fin dove si vuole prolungare la incisione; ovvero s'introdurrà in vescica un catetere, che indicherà meglio fin dove essa giunge. — Nel caso che dall'apertura addominale venissero fuori alcune anse intestinali, si dovrà respingerle in cavità: e se fossero tagliati vasi di qualche calibro si deve comprimerli, torcerli, od allacciarli. Ciò è rarissimo; ordinariamente sono interessati solamente vasi capillari, da cui gemono poche gocce di sangue, che verranno raccolte da una spugna.

2. SECONDO TEMPO.

Apertura delle pareti uterine e delle membrane. — In questo tempo è necessario che gli aiutanti comprimano validamente con le loro mani i lati dell'addome, e specialmente le parti superiori, onde procurare la maggiore sporgenza dell'utero, e massime del suo fondo, dalla ferita addominale; ed impedire che il sangue, fornito dalle pareti uterine incise, si versi nella cavità addominale.

La incisione dell'utero si pratica con la stessa diligenza, con la quale va fatta quella delle pareti addominali, e conviene usare nel sacco delle acque le stesse precauzioni che si ebbero pel peritoneo. Il taglio dell'utero deve cominciare il più alto che si può per rapporto alla estremità superiore del taglio esterno; e deve finire almeno un pollice in sopra dell'angolo inferiore della incisione addominale. Dev'essere cioè di un pollice

più breve di quello esterno, e deve restare ad un livello superiore. A questo modo si favorisce il parallellismo delle due ferite dopo la operazione, poichè l'utero dopo la estrazione del feto, retraendosi, s'impicciolisce e si abbassa, e l'angolo inferiore della sua ferita sarà in corrispondenza con l'angolo inferiore di quella addominale. Se invece si prolungasse la incisione dell'utero fino alla estremità inferiore del taglio addominale, dopo la estrazione del feto e delle secondine, l'angolo inferiore del taglio uterino resterebbe al disotto di quello della incisione addominale, e necessariamente le secrezioni dell'utero, versandosi nella cavità peritoneale, per mancanza di un punto declive, arrecherebbero gravissimi danni.

Sarebbe desiderabile che la incisione dell'utero fosse equidistante dal collo e dal fondo dell'organo, e cadesse possibilmente sul fascio delle fibre longitudinali, cioè sulla linea mediana. A raggiungere questo intento, gli aiutanti destinati a contenere l'organo dovrebbero in pari tempo emendarne la inclinazione, riportando il suo asse longitudinale parallelamente all'asse dello stretto superiore.

Il NAEGELE ¹ raccomanda formalmente che la incisione cada possibilmente sulla parte mediana dell'organo, risparmiando il collo ed il fondo. Il distinto nostro Chirurgo GIUSEPPE TESTA, avendo avuto la opportunità di sezionare il cadavere di due donne operate da IEROLITO, ed avendo trovato l'utero cicatrizzato perfettamente nel primo, mentre nell'altro la ferita mostravasi sempre più aperta, specialmente nella parte superficiale, crede che ciò dipenda dal luogo ove cade la incisione. Nei due casi il taglio vedevasi sulla linea mediana; ma nel primo corrispondeva nel terzo medio, nell'altro al terzo superiore. Il Professore TESTA crede che la differenza del risultato dipenda dalla struttura dell'utero, ricordando che quando la incisione cade sul terzo medio resta interessato un sol ordine di fibre muscolari, mentre nell'altro caso restando tutte recise, i loro estremi tagliati, retraendosi, slargano la ferita, principalmente nella parte superficiale. Il Prof. JACOLUCCI fa saggiamente osservare che non

¹ Opera citata, p. 403.

basta tagliare nel terzo medio per aver la speranza di salvare l'operata, ed inoltre fa rilevare che la maggior parte dei tagli son caduti in quel luogo, e nondimeno le ferite non ebbero tempo di cicatrizzarsi, essendosi avverata la morte delle operate poche ore, o pochi giorni dopo la operazione.

Al contrario DELELAVE vorrebbe che si aprisse l'utero nell'alto della sua parete anteriore, quasi sino al centro del fondo, assicurando che quando il taglio vien fatto più in basso, dopo la operazione, la ferita dell'utero non corrisponde affatto alla esterna, ma invece si trova dietro i tegumenti conservati al di sopra del pube, dando luogo a stravasamento e sue conseguenze. Mentre incidendo l'utero verso il fondo, da una parte i lochi verrebbero raccolti dalla parte inferiore della cavità, e quindi più facilmente espulsi dal collo, e dall'altro lato la ferita uterina ponendosi in corrispondenza con quella delle pareti addominali darebbe luogo difficilmente a versamento.

In quanto a me, ritenendo che per ragione anatomica sia utile praticare la incisione delle pareti uterine secondo raccomanda il NAEGELE, credo che il sito della incisione non meriti tutta quella importanza che si è voluto accordargli, ed eserciti ben poca influenza sull'esito della operazione, salvo che non si voglia interessare il collo, poichè allora sarebbe senza meno mortale.

Se la cicatrizzazione dell'utero dipendesse dal sito della incisione, siccome pretende il TESTA, il quale pare abbia voluto troppo generalizzare dal confronto di due soli fatti, come ci spiegheranno le guarigioni ottenute con i processi di LEVRET, e di LAUVERIAT? come i due successi conseguiti dal quel Chirurgo delle vicinanze di *Compiègne*, e l'altro da SANSON, che aprirono l'utero nel suo fondo? Ci si potrebbe rispondere forse che in questi casi il taglio, cadendo alquanto al disopra della inserzione delle trombe, non interessò che un sol orlino di fibre, e che perciò non vi fu difficoltà per la riunione dei margini della ferita uterina. Confesso di non comprendere questa speciosa spiegazione, primieramente perchè, ponendo che ve ne fosse un solo, sarebbero recise trasversalmente fibre longitudinali, le quali contraendosi dovrebbero di necessità divaricare maggiormente le labbra della ferita. Ma anche concedendo che le cose si

verificassero siccome suppone il Prof. TESTA, come spiegherebbe egli la guarigione ottenuta da quel Chirurgo, ¹ il quale avendo fatta la incisione troppo in alto, ne fece un'altra obliquamente in basso, praticando tre punti di sutura all'utero? Per converso in moltissimi casi il taglio cadde perfettamente sul terzo medio, e non ostante le operate restarono vittima della operazione. Anche quando non si volessero ritenere le ragioni adottate intorno a ciò da JACOLUCCI, da me riputate esattissime, non si può negare che morirono tutte quelle operate alla presenza del Prof. TESTA, e quella operata da me, malgrado che il taglio fosse fatto precisamente sul terzo medio. La miglior prova del mio assunto è l'esito della operazione eseguita son pochi giorni dallo stesso TESTA, il quale, ad onta di tutta la sua abilità, ebbe la sventura di perdere l'operata prima di compiere la operazione.

Indipendentemente dalle ragioni enunciate, ve ne sono molte altre in favore della mia opinione. Non poche volte si è ottenuta la cicatrizzazione dell'utero, in caso di rottura più o meno estesa, e la letteratura ne offre esempi a dovizia. Ne riferiscono guarigioni: PEU, ² CLARKE, ³ DOUGLAS, ⁴ FRIZELL, ⁵ ROOS, ⁶ VAN SWIETEN, ⁷ DUBOIS, ⁸ HAMILTON, ⁹ LABATT, ¹⁰ KITE, ¹¹ SALEMI, ¹² POWEL, ¹³ WEESP, ¹⁴ DAVIS, ¹⁵ HENDRIE, ¹⁶ BLEGNY, ¹⁷ SMITH, ¹⁸ OSIANDER, VELPEAU, COLLINS, KEEVAR, BIRCH, DUPARQUE, ecc. ecc. Nè si creda che in questi casi la rottura avvenisse nel terzo medio della linea mediana, che anzi il più spesso si verificò nel fondo, nelle pareti laterali, e nelle parti inferiori. Ma quello che più deve recare sorpresa si è che può verificarsi la cicatrizzazione anche in seguito a gangrena dei margini della ferita. KIWI SCH ¹⁹ dice: « Noi abbiamo

¹ *Journal de Méd.* 1770, c. BAUDELOQUE — *Op. cit.* p. 103. — ² *Pratique des accouche.*, p. 341. — ³ *Trans. of. association*, vol. I. — ⁴ *Essays on ruptures of uterus*, p. 7. — ⁵ *Trans. of assoc.*, vol. II, p. 15. — ⁶ *Annals of med.*, vol. III, p. 377. — ⁷ *Afor.* t. VII, p. 97. — ⁸ *Thèse*, Paris. 1727, 25 febbraio. — ⁹ *Select cases in midwifery*, 138. — ¹⁰ *Dublin med. essays*, p. 343. — ¹¹ *Mem. of med. society*, vol. IV, p. 233. — ¹² *Revue méd.* 1830, t. III, p. 440. — ¹³ *Med. chir. Transact.* vol. XII, p. 337. — ¹⁴ *Bulletin de FÉRUSAC*, t. VI, p. 286. — ¹⁵ *Obs. med.* vol. II, p. 1070. — ¹⁶ *Amer. Journ. med. science*, vol. VI, p. idem. — ¹⁷ *Bibliothèque de PLANQUE*, t. I, p. 141. — ¹⁸ *Med. chir. Trans.*, vol. XII, p. 357. — ¹⁹ *Opera citata*, p. 230.

osservato in un caso clinico, dopo una estesa rottura nella parete anteriore dell'utero, un distacco gangrenoso dei margini della ferita, di una gran parte della parete posteriore della vescica e del fondo della vagina, con perforazione del canale intestinale, seguito da guarigione per consecutiva cicatrizzazione. » Mi sarebbe facile moltiplicare queste citazioni, se non temessi di fare opera vana, sembrandomi di avere già dimostrato luminosamente quanto sia erronea la opinione di quelli che vorrebbero far dipendere l'esito della operazione dalla maniera di praticare la incisione dell'utero.

Nè l'esito della operazione dipende dalla cicatrizzazione dell'utero, nè questa dalla maniera di eseguire la incisione. Sarebbe tempo ormai di rinunciare al ragionamento del *post hoc*, che forma ancora l'ideale di non pochi che pur si noverano tra i scienziati. A me pare che la cicatrizzazione dell'utero non possa aversi giammai a primo tempo dovunque si faccia la incisione, e son certo che avverrà più o meno presto, secondo la maggiore o minore retrazione dell'organo. La ferita presenterà sempre delle alternative di restringimento e di dilatazione, in corrispondenza delle contrazioni e delle loro intermittenze, fino a chiudersi quando l'utero è quasi ridotto alle ordinarie dimensioni. Io ho osservato più volte, siccome si vedrà in seguito, che la ferita si chiude durante la contrazione, e torna ad aprirsi appena questa cessa; e questo fatto si ripete costantemente qualunque sia il punto inciso. Il vantaggio reale del taglio fatto nel terzo medio della parte mediana consiste nell'avere una emorragia meno grave di quella che seguirebbe alla incisione del fondo e delle pareti laterali, che sono più vascolari, e nell'ottenere il parallelismo delle due ferite, che sarebbe impossibile laddove s'interessasse il terzo inferiore; ma oltre a ciò non può al taglio in parola attribuirsi altro vantaggio chechè altri ne pensi.

Nell'eseguire il taglio dell'utero conviene incidere le sue fibre con lentezza e strato a strato, per una estensione di un sol pollice, fino a raggiungere l'uovo. È preferibile incominciare

¹ *Art. des accouch.*, ecc. 3^a edit. — ² *De l'opér. césar. sur la ligne blanche*, ecc. p. 191.

il taglio nella parte superiore, non già dal basso in alto, siccome raccomandano LEVRET,¹ e DELEURYE,² a fine d'impedire la fuoriuscita degli intestini. Questo inconveniente si evita facilmente, facendo che gli aiutanti esercitino valida pressione sul fondo, e lo spingano in avanti. Messo a nudo il sacco delle acque, si dovrà romperlo per la vagina, come già da gran tempo consigliava PLANCHON, sia col dito, sia con una penna da scrivere, o con uno dei tanti istrumenti all'uopo immaginati. Mentre le acque vengono fuori, l'operatore, sulla guida del polpastrello dell'indice sinistro, completa il taglio dell'utero col bistorino bottonato; e subito dopo gli assistenti sollevano l'utero contro le pareti addominali, introducendo ciascuno l'indice destro negli angoli della ferita.

Quando si esegue la operazione a membrane rotte, specialmente se le acque sono scorse da molto tempo, LEVRET vuole che la incisione uterina si faccia più lunga; al contrario SOLAYRÉS dice che bisogna dare tanta minore estensione alla ferita, per quanto maggiore è il tempo decorso dallo scolo delle acque. È molto più logico il parere di quest'ultimo, e degno perciò di essere messo in pratica, poichè, operandosi molto dopo lo scolo delle acque, l'utero trovasi grandemente ridotto, e facendosi la incisione delle ordinarie dimensioni, od anche maggiore, sarebbe tagliato un maggior numero di fibre, e quindi dopo la operazione la ferita sarebbe molto più estesa. Mentre dandosi alla incisione una estensione minore della usata, sarà egualmente agevole la estrazione del feto, atteso la grande elasticità dell'organo, e più tardi la ferita si presenterà non altrimenti che dopo la operazione praticata a membrane sane.

Qualora sotto la incisione delle pareti uterine si presentasse la placenta, il caso sarebbe imbarazzantissimo per la gran copia di sangue, che dalla ferita verrebbe fuori. In questo malaugurato rincontro bisogna astenersi dal tagliarla, onde non aumentare la emorragia, e non compromettere la vita del feto; invece conviene distaccarla dal lato ove aderisce in minor parte, e terminare sollecitamente la operazione.

Ad evitare questo serio inconveniente, LEVRET, NAEGELE, ed altri consigliano, nei casi in cui la placenta aderisce alla parete

anteriore dell' utero, di fare la incisione nel lato libero, o almeno da quel lato che ne è meno occupato. Ma, a prescindere che il rimedio sarebbe peggiore del male, come faremo a riconoscere la sede della placenta?

È vero che molti autori, da KERGAREDEC in poi, affermano che il soffio uterino possa far diagnosticare la sede della placenta; ma è pure verissimo che questa loro opinione è del tutto erronea, a giudizio di autorità competentissime. Per parte mia posso assicurare, con piena convinzione, non esistere alcuna relazione tra questo rumore ed il luogo dove s' inserisce la placenta. Il TARSITANI, il quale afferma che il soffio uterino fa riconoscere *con la massima precisione* il luogo in cui trovasi la placenta, per schivare le moltissime obiezioni, che si potrebbero fare alla opinione da lui abbracciata, ha trovato comodo di distinguere questo rumore dal soffio addominale, asserendo che nel corso della gravidanza si odono egualmente bene. Egli attribuisce il primo ai vasi arteriosi dell' utero, e l' altro alla compressione dei vasi iliaci. Tralasciando di confutare le sue asserzioni, mi basta dichiarare che esse sono puramente immaginarie, secondo mi consta da numerosissime osservazioni. Gli altri segni diagnostici posti innanzi dal LEVRET valgono anche meno dell' ascoltazione, e nello stato attuale della scienza bisogna confessare francamente essere impossibile diagnosticare la sede della placenta; ed in conseguenza si dovrà tagliare l' utero sempre sulla linea mediana, e con le avvertenze dichiarate.

3. TERZO TEMPO.

Estrazione del feto — Prima di procedere alla estrazione del feto, se l' utero non ancora fosse in contrazione, è buono, tranne il caso di abbondante emorragia, attenderne la manifestazione, che sarà provocata coi mezzi già indicati, mentre un assistente ha cura di raccogliere con spugne il sangue dalla ferita. Appena comincia la contrazione, o, quando questa esiste, appena completato il taglio dell' utero, dovrà farsi la estrazione del feto, che ordinariamente si presenta spontaneo alla ferita, in

parte per la contrazione dell'utero, ed in parte per la pressione metodica esercitata dagli assistenti. Il manuale operativo della estrazione varia secondo la posizione del feto: quando si presenta con la testa o con la estremità podalica, lo si estrae tirando direttamente su queste parti; nelle altre posizioni poi si fa il rivolgimento, che si esegue non altrimenti che per le vie naturali. Solo è da avvertire, che, a rendere più facile la estrazione, si debbon prendere sempre i due piedi, e mentre con una mano si alza il feto, favorendo la flessione della testa, con l'indice ed il medio dell'altra si uncina la regione sopraclavicolare, praticando trazioni da basso in alto ed all'esterno, perchè non si faccia lacerazione dell'angolo inferiore della ferita.

Massima attenzione, e prudente sollecitudine richiede, la estrazione della testa, quando essa resta nell'utero dopo la estrazione del tronco, poichè i margini della ferita contraendosi possono comprimere fortemente il collo; e se da un lato ne resta impedita la estrazione del capo, dall'altro può seguirne la morte del feto. In simile rincontro si è proposta l'applicazione del forcipe; altri vorrebbe violentare la ferita, esercitando valide trazioni sul tronco. Questi mezzi potrebbero riuscire di grave nocumento, perchè suole conseguire lacerazione più o meno estesa dei margini della ferita; perciò non bisogna neppure tentarli. Invece si deve attendere che l'utero si rilasci; ma se la contrazione fosse permanente, o le condizioni del feto non permettersero indugio ulteriore, val meglio allargare la ferita mediante un bisturi bottonato in uno degli angoli, e per quanto è necessario alla estrazione della testa.

In questo tempo, atteso la rapida e grande riduzione dell'utero, vi è a temere più che mai la uscita di anse intestinali, perciò gli aiutanti dovranno con tutta diligenza esercitare la consueta compressione. Se tale accidente si verificasse, l'operatore ne farà tosto la riduzione, non convenendo affidarne l'incarico a qualcuno degli assistenti destinati a mantenere l'utero, poichè dovendo egli rimuovere una delle mani, favorirebbe perciò stesso la uscita di una maggiore quantità d'intestina.

A membrane intere il NAEGELE propone la estrazione graduata dell'uovo, senza che preceda la puntura o la incisione delle

membrane. Questo suo consiglio però non offre alcuna utilità; invece renderebbe la estrazione più lunga e più difficile, sarebbe maggiore il pericolo della inerzia e della emorragia uterina, e molto probabilmente nell'atto della estrazione le membrane rompendosi darebbero luogo allo scolo delle acque, e quindi a quel versamento ch'egli vorrebbe col proposto modo evitare. Io mi limito alla sola puntura dalla parte della vagina, e dopo estraggo il feto avvolto nelle membrane già vuote, le quali non potranno già fare men facile l'atto della estrazione. Però se esse fossero di ostacolo, si potrebbe inciderle sulla guida del dito o di una sonda, introdotti precedentemente per un foro praticato con tutta la necessaria accortezza perchè il feto non ne resti ferito.

Fatta la estrazione, e reciso il cordone, si affida il feto ad altri, che gli apprestino tutte le debite cure. È inutile lasciarlo ancora per qualche tempo in rapporto con la madre, come vorrebbe SCANZONI, quando vi fosse a temere della sua vita; come del pari sarebbe inutile ed imbarazzante fare recisione del cordone dopo uscita la placenta, secondo consigliano altri. Inutile, perchè la respirazione polmonale mette sempre al sicuro la vita del feto vitale; imbarazzante, perchè reca più fastidio la presenza del feto, che il poco sangue fornito dalla estremità placentare del cordone. Oltre a che niuno vieta di farne la ligatura, onde rimuovere questo per altro ben lieve inconveniente.

4. QUARTO TEMPO.

Estrazione della placenta. — Estratto il feto, l'utero per lo più si contrae, distacca la placenta, e la spinge verso la ferita, da cui si dovrà estrarla rotolandola su sè stessa, e tirando sulla parte che si presenta, anzi che semplicemente sul cordone. Egualmente, se le membrane non furono estratte col feto, se ne farà la estrazione avvolgendole a guisa di corda, come si pratica nel parto naturale, perchè non ne resti qualche parte nella cavità uterina.

Alcuni ostetrici vogliono che appena estratto il feto si faccia

sollecitamente la estrazione della placenta, prima che l'utero si contragga. Essendo il secondamento naturale molto più vantaggioso dell'artificiale, io penso, salvo che non vi fosse emorragia imponente, che sarebbe utile attendere cinque o sei minuti per avere lo scollamento naturale. Intanto si avrà cura di detergere di tanto in tanto la superficie della ferita, che sarà sottratta dal contatto dell'aria, la mercè della sovrapposizione di una grossa spugna imbevuta di acqua fresca, da rinnovarsi frequentemente.

Decorso questo tempo, se la trazione esplorativa fatta sul cordone ci rivela la placenta essere ancora aderente, si deve distaccarla artificialmente, introducendo la mano dalla ferita.

PLANCHON ¹ col mezzo di una sonda elastica riportava il cordone attraverso il collo uterino in vagina, onde estrarre la placenta per questa via. WIGAND ² attribuisce grande vantaggio al secondamento fatto per le vie naturali; ed anche STEIN, JOERG, e MAYGRIER approvavano questo metodo.

I pretesi vantaggi di questa pratica sono di nessuna importanza, e più apparenti che reali. Invece potrebbero seguirne danni gravissimi; infatti, senza dire che la espulsione o la estrazione sarebbero più malagevoli per le vie naturali che per la ferita, verificandosi dopo eseguita la sutura, il passaggio della placenta nella cavità addominale, si dovrebbe rimuovere l'apparecchio per farne la estrazione. Come dovrebb'essere rimosso per praticare il distacco artificiale, se la placenta restasse tuttora aderente, rendendo l'angustia del bacino difficilissima o impossibile la necessaria manualità per le vie ordinarie.

Oltre a ciò, se l'abbandono della placenta nella cavità uterina offre il vantaggio della graduata retrazione e della più sollecita medicatura, dall'altro lato ritarda la riduzione della ferita, e favorisce il versamento. E quindi, se ben si guarda, i pericoli sono sempre maggiori dei vantaggi.

Appena estratta la placenta, si deve diligentemente liberare la cavità dell'utero da avanzi delle secondine, dai grumi, dal sangue e dalle acque, che per caso vi si trovassero, adoperando

¹ VALLÉAC. *Op. cit.*, p. 758. — ² *Beiträge zum theoret. und prakt. Geburtsh.* 2. Heft. Hamburg, 1860, pag. 94.

a ciò la mano e qualche finissima spugna. Convieni soprattutto usare tutta la diligenza, acciò qualche segmento della borsa non resti aderente all'orificio interno, che restando in questa circostanza occluso impedirebbe il passaggio dei lochi nel canale utero-vaginale. Si raccomanderà in pari tempo agli aiutanti di continuare la metodica compressione, perchè le due ferite restino sempre unite e parallele, finchè non cessi lo scolo del sangue.

Quando dalla ferita dell'utero, o dalla sua interna superficie, vien fuori sangue in gran copia bisogna arrestare la emorragia sollecitamente, poichè essa può dar luogo alla morte immediata della operata, siccome è avvenuto più volte. All'oggetto BELL, SIEBOLD, e RIGEN consigliano la legatura dei vasi beanti, che mi sembra di difficilissima esecuzione, e che fu tentata sempre senza risultato, tranne il caso riferito da SPENCER-WELLS, il quale allacciò tre arterie con buona riuscita; EISTERO vuole che si ponga sulla ferita il balsamo coppaive; DELEURYE che la si tocchi con pezzetti di vitriuolo o con lo spirito di vino; altri consigliarono la torsione o l'uso di altri stitici ed astringenti. Anzichè confidare in questi mezzi, è miglior consiglio favorire la contrazione dell'utero, la quale farà cessare senz'altro la emorragia. Quindi si dovrà provarla, applicando la vescica di ghiaccio sulla ferita, introducendo in cavità dei pezzettini di neve, od iniettandovi la soluzione di ergotina, esercitando col dito inodorate frizioni sulla superficie interna, o facendo con le mani valida compressione all'esterno. Ordinariamente basta il solo uso del freddo; ma se la perdita continuasse io preferirei alle meccaniche azioni ed all'ergotina la corrente di gas acido carbonico, che suole dispiegare un'azione più immediata.

Merita molta considerazione l'altro precetto di RIGEN,¹ che raccomanda di tirare l'utero fuori la ferita, e non riporlo in sito prima che cessi completamente la emorragia. Eseguendo questo processo si ovierebbe anche alla uscita degl'intestini, ed alla entrata dell'aria, dell'acqua e del sangue nella cavità

¹ *Über das Hervorziehen des Uterus aus der Bauchdeckenwunde etc.*, nel n. Ztschr. f. Geburtsh. Bd. IX. 1849, p. 212.

addominale. Nè si creda che ciò possa pregiudicare, perchè in un caso così trattato e seguito da completo successo, l'utero restò fuori un' ora e mezzo, esposto all'aria ed alla azione delle spugne fredde.

Da ultimo non devo tralasciare di riferire la strana proposta di MICHAËLIS, il quale, a togliere la possibilità di una nuova gestazione, consiglia la estirpazione dell'utero, la quale, a quanto egli ne dice, farebbe anche evitare una eccessiva reazione !!!... Allo stesso oggetto il BLEUDEL, certo più discreto, prescrive la recisione delle trombe, o la loro parziale escissione !!!...

Stimo opera vana confutare proposte di simil fatta; basta enunciarle per farle condannare dalla universale coscienza al meritato oblio. Del resto se ne trova la ragione nella estrema gravezza della *gastro-isterotomia*, che ha saputo ingenerare nella mente dei Chirurghi le più originali bizzarrie.

5. QUINTO TEMPO.

Medicatura. — Quando l'utero è represso in maniera che la sua ferita vedesi ridotta alle dimensioni di due o tre centimetri, ed è cessato completamente lo scolo del sangue, saranno per poco allontanate le pareti addominali dalle uterine, per assicurarsi se fosse avvenuto stravasamento di acque o sangue nella cavità peritoneale, onde procurarne la fuoriuscita prima della medicatura, sia con opportuna posizione, sia esercitando più forte pressione sui lati, o meglio usando piccole ed appropriate spugne. Qualcuno vorrebbe che in questo caso, dopo rimosso il liquido stravasato, si lavassero i visceri che ne furono a contatto con iniezioni di acqua tiepida; ma questa precauzione, se non è dannevole, per lo meno è inutile.

Immediatamente dopo si deve praticare la sutura delle pareti addominali, ed applicare il conveniente apparecchio. Ma non debbo tacere che molti suggeriscono, prima della riunione della ferita esterna, d'introdurre dalla ferita dell'utero un nastro sfilato, che attraversandone la cavità vada nel canale vagino-uterino, perchè serva di conduttore ai lochi verso le vie genitali.

Allo stesso scopo RULEAU consigliava la introduzione di un *cero pertugiato*; ROUSSET, VERDUC, TARBÉS, ed altri, cannule speciali.

L'uso di questi mezzi, e di altri consimili, dev'essere assolutamente bandito dalla pratica, poichè mentre non giovano a conseguire lo scopo cui sono diretti, determinano sempre una dannosa irritazione, siccome risulta dalle osservazioni del BILLI, del VELPEAU, e di altri. Anzidirò di più, non solo non favoriscono lo scolo dei lochi, ma lo impediscono, perchè, restringendo con la loro presenza il lume del collo uterino, rendono più difficile la uscita dei liquidi, e più agevole la formazione dei grumi, e quindi la occlusione del canale. Al contrario gli orifici si presteranno sempre al passaggio delle secrezioni uterine, e laddove qualche grumo li occludesse, la introduzione del dito, o una iniezione vaginale di acqua tiepida sarebbero sufficientissimi a rimuovere il temporaneo ostacolo.

Ad impedire che nei giorni successivi alla operazione si verificasse versamento dei lochi dalla cavità uterina nella peritoneale, ROUSSET e RULEAU consigliavano di bagnare i margini del taglio uterino con infuso di piante vulnerarie, applicandovi in seguito il balsamo di arceo, nella idea di ottenere la immediata cicatrizzazione.

Altri proposero la sutura dell'utero, eseguita la prima volta con favorevole risultato da LABAS, secondo afferma LAUVERIAT. WELLS, che pure n'ebbe esito felice, servendosi della sutura ordinaria, raccomanda di non trascurarla mai, per prevenire qualsiasi versamento. Il Professore MARTINO D'AVANZO, nel gennaio del 1860, proponeva all'Accademia medico-chirurgica di Napoli la riunione della ferita dell'utero mediante la sutura di APOLOTO, mettendo a contatto la superficie esterna o peritoneale dei margini, come si suol fare per le ferite intestinali. E nel marzo dello stesso anno, eseguendo una operazione cesarea, egli tradusse in atto la sua proposta, ma la donna se ne morì dopo 56 ore. Ecco come il D'AVANZO riferisce i risultamenti necroscopici: « Trovammo la ferita delle pareti addominali come se allora fosse stata fatta: la ferita dell'utero aderita per due terzi della sua lunghezza: l'utero ridotto abbastanza nel suo volume: nessuna sostanza uterina travasata nel cavo dell'addome,

le intestina pallide, come colpite di anemia: lo stomaco con dentro della pastina, e delle foglie di cavoli: il peritoneo appena iperemiato. Dalla sezione rilevammo che la donna morì non per infiammazione, ma per alterazione nel sistema nervoso. »

Il Dottor SCIBELLI, credendo che la probabilità di salvare l'operata dipenda *principalmente dalla riunione delle labbra della ferita per prima intenzione*; e ritenendo, nell'anno di grazia 1867, che una delle principali cause della morte delle operate di parto cesareo sia *la penetrazione dell'aria nei seni uterini*, si dichiara strenuo campione della sutura, attribuendone erroneamente la prima idea al sig. D'AVANZO, il quale, oltremodo modesto ed onesto, non ha certamente questa pretensione.

Ma non contento lo SCIBELLI neppure della sutura di AROLITO, vorrebbe eseguirla col mezzo di un nuovo istrumento metallico da lui escogitato, e detto *Stasirafistero*, il quale dovrebbe restare nella cavità uterina fino alla completa cicatrizzazione!!!... E si noti che lo stesso autore pone in prima linea, come cause della morte delle operate, la peritonite, e la metrite, con tutte le loro conseguenze *nervose, dinamiche, eterogeniche* (sic).

Di questa sutura non occorre parlare, e son certo che chiunque ha fior di senno non oserebbe neppure proporla. Se la semplice presenza di un nastrino non può essere impunemente tollerata, come potrà l'utero soffrire per tanti giorni la presenza di un corpo metallico?!. Invece credo che la sutura di AROLITO non sia da rigettarsi senza esame, sebbene sembrami impossibile l'adesione immediata della ferita, sia per la natura delle parti lese, sia perchè la progressiva retrazione dell'utero, rallentando i punti di sutura, rende impossibile il mutuo contatto dei margini, e non impedisce il versamento. Per queste ragioni, e per non irritare inutilmente l'utero, io non la feci, e vorrei che non si facesse, sino a prova in contrario.

Per la riunione delle pareti addominali si è proposta la sutura a punti staccati, l'attortigliata, e la incavigliata, che bene a ragione è attualmente da tutti preferita, perchè permette meglio delle altre il combaciamento delle pareti addominali in tutta la loro spessorezza. I punti saranno posti tra loro ad una distanza

minore di un pollice per evitare la uscita di qualche ansa intestinale nei loro interstizii, ed è indifferente situarli da sopra in sotto, o reciprocamente. Fatta la sutura, ad impedire sicuramente la possibile procidenza di una porzione degli intestini attraverso la ferita, ed a rendere più solida la riunione, KILIAN raccomanda di riunire i margini della pelle con sutura da pellicciaio. Questo processo utilissimo, degno di essere imitato, rende inutile la precauzione suggerita da STOLTZ,¹ di lasciare cioè l'epiploon dietro l'angolo superiore della ferita, per evitare l'ernia intestinale. ZANG² ed ACTENRIETH³ vogliono che si passino i fili prima della incisione dell'utero, onde fare la sutura più sollecitamente; ma ciò è inutile, e l'operatore ne sarebbe impacciato, perciò è meglio fissarli a suo tempo. I più vogliono che la sutura addominale comprenda anche il peritoneo: ma io credo con PASTORELLO, DE RENSIS, ed altri che non bisogna interessarlo, se si vuole evitare una flogosi reattiva molto risentita.

La maggior parte degli scrittori, consigliando di lasciar libero l'angolo inferiore della ferita almeno per la lunghezza di due centimetri, onde i liquidi stravasati nella cavità peritoneale abbiano facile scolo allo esterno, vogliono che a meglio raggiungere questo scopo vi s'introduca uno stuelletto di filaccia.

Seguendo i loro consigli, tanto per la penetrazione dell'aria che per la presenza del corpo estraneo, vi sarebbero a temere gravissimi processi infiammatorii; invece di pensare alla libera uscita dei liquidi raccolti, abbiamo il dovere di prevenirne il versamento, e di non accrescere i pericoli della operazione. REICKE,⁴ che esegui tre volte felicemente la operazione, dice che la *sindone* sia non solo inutile, ma dannevole, perchè irrita il peritoneo e non favorisce lo scolo dei materiali. È riprovata pure da BRESLAV,⁵ il quale vuole che la ferita sia cucita in tutta la sua lunghezza, senza lasciare aperto l'angolo inferiore. IHL'MAN,⁶ è dello stesso avviso, ed attribuisce a questo processo una buona riuscita.

Finalmente E. MARTIN,⁷ a diminuire i pericoli della operazione,

¹ *Mémoires de l'Académie de Med. Paris* 1836, t. V, p. 91. — ² KILIAN, Op. cit. pag. 799. — ³ Ivi, 846. — ⁴ *Deutsche Klinik* Nr. 33, August, 1834. —

⁵ *Monatsschr. f. Geh. Bd. XX*, p. 276. — ⁶ *Deutsche Klinik*, Nr. 31, 1863. —

⁷ *Monatsschr. f. Geh. Bd. XXIII*, p. 334.

vorrebbe comprendere nella sutura addominale anche le pareti uterine; e perchè in esse non si verificchino più tardi dilacerazioni consiglia di porre la ferita dell' utero in rapporto con l' angolo inferiore di quella dell' addome. E PILLONZ,¹ medico capo della Maternità di Rouen, approvandone il suggerimento, aggiunge che tale processo è pienamente giustificato dalla necropsopia delle donne che subirono molto tempo prima la operazione; presso le quali, malgrado che la sutura fosse stata praticata con gli ordinari processi, si trovò sempre l'utero aderente alle pareti addominali. Questo processo merita tutta la nostra sollecitudine, e potrà contribuire moltissimo al buon esito della operazione.

A rigore la sutura non è assolutamente necessaria, siccome la esperienza ha più volte confermato. In questi ultimi tempi il Dottor CAIFASSI, e LEBLEU ottennero ciascuno due guarigioni, che attribuiscono all'aver lasciato stare la sutura. Il primo si serve di strisce di cerotto adesivo, lunghe da circondare una volta e mezzo il ventre della operata, ne porta il mezzo alle vertebre lombari conducendone gli estremi in avanti per fermarli oltre il margine opposto della ferita. L'altro invece fa uso di una fascia a corpo di sparadrappo, che fa terminare a tre o quattro digitazioni da ciascun capo, e, dopo di averla applicata, pone sui lati della ferita due grosse compresse, che assicura con altra ordinaria fascia a corpo.

Se la sutura servisse a mantenere a contatto i margini della ferita, certamente sarebbe superflua, poichè in nessuna parte è tanto facile ravvicinarli, atteso l'eccessiva distensione delle pareti addominali, ed imiterei ben volentieri quelli che omettono la sutura. Ma questa ha uno scopo più elevato, servendo ad impedire la entrata dell'aria nella cavità addominale, e la fuoriuscita degl' intestini. Inoltre, omettendosi la sutura, è quasi impossibile ottenere la cicatrizzazione immediata perchè ogni movimento della operata, ed ogni pressione irregolare esercitata dall'apparecchio, bastano a spostare i margini della ferita, e quindi ad impedirne in modo duraturo il mutuo contatto. Perciò io credo che la sutura cruenta meriti la preferenza.

¹ *Union medicale*, 1834.

Completata la sutura, si applicheranno delle strisciole di spadrappo tra i punti di sutura, onde meglio assicurarla, e su esse la fasciatura a corpo di LEBLEU. Indi si coprirà la ferita con compressa bucherata spalmata di cerato, con filaccia e compresse, delle quali alcune vanno collocate acconciamente sui lati e sulla parte superiore, in corrispondenza del fondo dell'utero, fermando il tutto con una seconda fascia a corpo, moderatamente stretta. Infine si farà trasportare la operata nel letto del puerperio con ogni cautela, dopo di averla lavata e nettata accuratamente, facendole serbare la posizione supina col capo alquanto sollevato, e con gli arti inferiori in semiflessione.

VIII.

PROGNOSI ED ESITI.

Non essendo indifferente pel Clinico lo studio del pronostico e degli esiti della operazione, anzi meritando essi tutta la sua sollecitudine, io li tratterò diffusamente, a differenza degli autori, che o non ne parlano affatto, o ne dicono appena qualche parola alla sfuggita.

1. PRONOSTICO.

Da quanto ho detto nei capitoli precedenti è chiaro che la prognosi debba essere riservatissima, essendo la operazione seguita ordinariamente da morte. Ma è egualmente manifesto che moltissime condizioni, per la influenza da esse esercitata, possano rendere più o meno probabile la guarigione. Quindi il nostro giudizio, per altro sempre riservato, dovrà ispirarsi a queste varie condizioni per approssimarsi al vero. La prognosi non può pretendere giammai alla certezza; essa deve limitarsi ad un calcolo di probabilità; ed il Clinico esercitato farà sperare sempre meno del possibile, lasciando agl'impostori ed ai ciarlatani la facile millanteria, ed il cieco ardimento.

La operazione sarà meno temibile quando si opera a principio del travaglio od anche prima, ed a membrane sane o poco dopo la loro rottura, che nelle opposte condizioni, siccome ho già dimostrato più sopra (ved. p. 78 o seguenti). La gravezza della operazione sarà in ragione diretta del tempo decorso dal principio del travaglio, ed in ragione inversa delle forze della operata.

Vi sarà meno a sperare quando la placenta trovasi aderente alla faccia anteriore dell' utero, e quando nel corso della operazione si verificano emorragie, sincopi, convulsioni, fuoriuscita degli intestini, ed altri accidenti, che negli altri casi; vi sarà più a temere in caso di versamento, che nel caso contrario; se si opera col processo mediano, o con le precauzioni indicate, la operazione sarà meno pericolosa di quanto è praticata diversamente; se si lascia libero l'angolo inferiore della ferita addominale, e vi s'introduce la *sindone*, il pronostico sarà più sfavorevole di quanto si opera la completa sutura; infine se si traslascia la sutura cruenta delle pareti addominali, vi è più a temere che a sperare.

Indipendentemente dalla influenza esercitata dal tempo in che vien fatta la operazione, dagli accidenti che possono manifestarsi durante la sua esecuzione, e dai vari momenti del processo operativo, il giudizio pronostico è eziandio subordinato alle condizioni generali della operata, al suo stato morale, alle condizioni igieniche del luogo ove è praticata la operazione, ed alla indicazione causale.

Le donne maleandate, le nervose, le facilmente impressionabili, quelle di età avanzata, e le altre afflitte da malattie costituzionali, difficilmente potranno sopravvivere alla operazione; mentre le giovani, le sane, e quelle di temperamento sanguigno faranno bene sperare.

La pusillanimità, lo spavento, e soprattutto i patemi d'animo rendono molto problematica la guarigione; essi influiscono tanto sinistramente sull'esito della operazione, da menarne al pronostico più disperato. La pusillanimità predispone eminentemente alla sincope, alle convulsioni, ed al delirio nervoso; e le protratte affezioni morali deprimenti depauperano talmente l'organismo da predisporlo alle più gravi affezioni puerperali.

Le donne che abitano in campagna, o nei piccoli centri di popolazione tollerano la operazione molto meglio di quelle che vivono nelle grandi città, perciò il pronostico sarà più lieto nel primo caso che nel secondo. Questa verità è riconosciuta universalmente, e giustifica appieno la proposta del GUISARD, il quale vorrebbe che le operande delle città fossero inviate a tempo opportuno in provincia, o in qualche casa di salute fuori l'abitato. Egualmente, per le ragioni esposte altrove, il pericolo sarà meno grave se si opera in casa privata, o in una sala isolata, che negli Ospedali, o nelle sale che racchiudono altri malati.

Finalmente le probabilità di buona riuscita sono relative alle condizioni che consigliano la operazione. Vi sarà poco o nulla a sperare quando si opera una donna affetta da osteomalacia, da carcinoma, da fibroma del corpo dell'utero, o da cisti ovarica irriducibile; ed al contrario la prognosi sarà meno riservata se la operazione venne praticata per restringimento da rachitismo, per intralussazione del femore, per consolidazione viziosa, per esostosi, per fibroma del collo dell'utero, per idrocistovario riducibile, ecc. ecc. Solo dopo decorsa la prima settimana dalla operazione, possiamo sperare quasi con sicurezza la guarigione, risultando dalle statistiche del MICHAELIS che, elasso questo tempo, si perde appena una donna su nove.

Il Clinico accorto, e tenero della sua riputazione, prima di pronunziarsi dovrà maturamente porre a calcolo tutte quante queste condizioni, senza dimenticare ch'è sempre buono dare il giudizio condizionato, per evitare amari disinganni, ed indecose mortificazioni.

2. ESITI DELLA OPERAZIONE.

In altro luogo di questo lavoro (vel. p. 11.) abbiamo dimostrato che la operazione uccida almeno quattro quinti delle operate, e perciò l'esito più frequente di essa è la morte. Ciò non ammette discussione seria; ma quello che c'interessa vivamente, e richiede una discussione ampia e spregiudicata si è la determinazione delle varie cause della morte, e la valutazione

relativa della frequenza di ciascuna di esse. Questo studio ha una importanza capitale, poichè ci dinota la traccia da seguire per prevenirle, o combatterle efficacemente.

La morte può verificarsi nel corso della operazione, o dopo. Nel primo caso, fra tutti gli accidenti che possono complicare la operazione, solo la emorragia è capace di cagionarla; ma ciò ha luogo rarissimamente, ed usandosi le opportune cautele non dovrebbe avvenire giammai.

Dopo la operazione, la morte può essere cagionata da molteplici cause, che noi studieremo successivamente, onde stabilire quale sia fra tutte la più frequente.

La ferita delle pareti addominali, sebbene sia molto estesa, non può esercitare alcuna influenza sull'esito della operazione, e perchè le parti divise sono poco delicate, e perchè non restano interessati nè vasi nè nervi d'importanza.

Nè le ferite del peritoneo sono tali da giustificare la eccessiva gravanza della operazione. Sventramenti complicati ed estesi, ferite penetranti d'ogni specie, hanno spesso dato luogo a completa guarigione. Giornalmente s'incide il peritoneo per la operazione dell'ernia incarcerata, ed i malati guariscono quasi sempre. Se ci facciamo a consultare le statistiche della ovariotomia, ci persuaderemo maggiormente che le ferite del peritoneo non sono temibili quanto si potrebbe credere. Il BAKER-BROWN¹ scrive: « Posso aggiungere, che ho presentemente eseguita l'ovariotomia completa in 68 casi, dei quali 28 morti, e 40 guariti. Osserveranno i Colleghi, che negli ultimi anni la mia proporzione di morti è stata circa di 1. 3: ma sono sicuro, che se noi potessimo coscienziosamente rifiutare il 50 per cento dei casi ammessi nella *Casa Chirurgica di Londra*, questa proporzione di morti non eccederebbe l'uno in cinque, e direi quasi l'uno in dieci. » Non debbo tacere che gli esperimenti fatti da SCHUFF sugli animali provano essere il foglietto viscerale del peritoneo molto più sensibile dell'addominale; ma non posso ammettere con OZANAM che la sua irritazione sia la causa più frequente della grave peritonite consecutiva. La differenza non è tale da rendere

¹ *The Lancet* — 27 agosto 1864.

la gastro-isterotomia più grave della ovariotomia, la quale inoltre richiede estesi scollamenti, e prolungato manovre, che non possono riuscire indifferenti pel peritoneo tanto maltrattato.

Molto meno è spiegabile la gravità della operazione per la ferita dell'utero, che per la sua natura muscolare offre le migliori condizioni per la sollecita cicatrizzazione. Le lacerazioni limitate ed incomplete guariscono facilmente, siccome ha dimostrato il Dugès; le ferite dell'utero nello stato di vacuità sono egualmente di facile guarigione. La resezione della porzione vaginale del collo, anche quando venne fatta con istrumento tagliente, non ha dato finora mai luogo ad alcuno accidente, malgrado che si fosse obbligato di portare il collo al di fuori, mediante reiterate e valide trazioni. La stessa resezione della parte sopravaginale, eseguita però col metodo operatorio, e con le precauzioni raccomandate da HUGUET,¹ ha cagionato raramente la morte, che dovrebbe attribuirsi piuttosto ad altre cagioni, che alla operazione, secondo afferma BERNUTZ.² La morte, che succede a rotture o ferite dell'utero gravido, non dipende direttamente da queste lesioni, ma è prodotta dalla emorragia o dalla peritonite consecutiva. Così possiamo spiegarci la differenza dell'esito delle ferite uterine nei vari animali; mentre esse non presentano alcun pericolo nei porci e nei ruminanti, sono gravissime nelle cagne e nelle giumente.³ La differenza non può dipendere che dalla varia vascolarità dell'organo, e dalla diversa suscettività del peritoneo.

Fra gli accidenti consecutivi della operazione, il delirio nervoso, la emorragia, e la peritonite possono a preferenza produrre la morte.

Il delirio nervoso per lo più mostrasi ad un tratto, e nei primi giorni che seguono la operazione; ordinariamente ne son colti i pusillanimi ed i nervosi, e suole tener dietro alle convulsioni manifestatesi nel corso della operazione, se non si usò la prudenza di sospenderla fino a che l'infermo non sia divenuto

¹ *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.* — Paris, 1860. p. 190. — ² *Clinique médicale sur les maladies des femmes* — Paris, 1862. vol. II. p. 733. — ³ GERTL p. 233, e ROELL p. 837.

più calmo. Però questo accidente, trattato a dovere, difficilmente uccide, e DUPUYTREN assicura che il trattamento da Lui commendato produce i più felici risultati. SCANZONI * crede che la morte, avvenendo due o tre giorni dopo la operazione, debba attribuirsi ordinariamente alla eccessiva depressione del sistema nervoso. Ma questa depressione è la conseguenza di altre condizioni, ed i sintomi da lui invocati per dimostrare il suo assunto, sono la espressione di altre alterazioni importantissime, come cercherò di provare di qui a poco.

La emorragia secondaria, dipendente da inerzia completa o incompleta, è senza dubbio gravissimo accidente, sia che la si consideri in sé stessa, che nelle sue conseguenze immediate o mediate. Essa può produrre la morte più o meno rapidamente, secondo la quantità del sangue perduto, e secondo le condizioni generali della operata. Fortunatamente però ha luogo di rado, e l'operatore accorto saprà quasi sempre prevenirla.

La peritonite, che suole manifestarsi dopo la operazione, sia per avvenuto versamento, sia pel fatto della ferita, sia per propagazione dagli organi vicini, ordinariamente non uccide prima della fine del primo settenario. Io non negherò la frequenza della peritonite; anzi dirò che essa, indipendentemente dalla operazione, è frequentissima nel puerperio per le peculiari condizioni della donna, e per lo stato in che il peritoneo si trova dopo la retrazione dell'utero, che resta egualmente predisposto ai processi infiammatori. Solamente io nego che la *peritonite acuta diffusa* sia la cagione ordinaria della morte delle operate, poichè è meno letale di quanto si vuole, e perchè rarissimamente uccide al terzo o al quarto giorno, e mai prima di questo tempo; mentre sappiamo che le operate, salvo casi di eccezione, soccombono poche ore, o qualche giorno dopo la operazione.

Ponendo a calcolo la parte, che ciascuna delle cause enumerate rappresenta, circa l'esito della operazione, non si verrebbe a spiegare la frequenza della morte. Vi debbono essere altre cagioni finora sconosciute, o male apprezzate, valevoli a darci ragione del rapporto di mortalità.

* Op. citata, p. 371.

A mio credere, queste cagioni sono la idremia, e la icoremia. La *idremia* non solo predispone alle gravi affezioni puerperali, siccome ho detto parlando della cura preparatoria, ma può anche uccidere direttamente. Se alla *leucocitosi* ed alla *ipalbuminosi*, che si manifestano costantemente nel corso della gravidanza, si aggiungono le deplezioni sanguigne che sogliono prescrivere durante la gestazione, e prima della operazione, si avrà una idremia molto notevole. E questa, per la copia del sangue perduto nel corso della operazione, e maggiormente poi se vi fu emorragia, raggiunge tal grado, da produrre inesorabilmente la morte; la quale altresì è accelerata dalle ulteriori sottrazioni sanguigne, praticate per debellare la pretesa peritonite. Bastano pochi brividi di freddo, un poco di febbre, un vomito, ecc. perchè si creda alla esistenza della peritonite; e presto si ricorre al salasso, all'applicazione di numerose sanguisughe sull'addome, ai così detti antiflogistici, ecc., ed i malati finiscono più per la cura, che per la malattia. Una delle più frequenti cause della morte delle operate io credo sia precisamente la idremia, che uccide il più spesso nelle prime 48 ore, come suole del pari avvenire in seguito di profuse emorragie. Il NELATON dice di aver veduto spesso gli operati morire nel 3° o 4° giorno dopo la operazione, complicata da considerevole perdita di sangue, non trovandosi nella necropsopia alcuna alterazione, cui fosse dato attribuire la morte. Se l'alterazione è tutta nel sangue, è ben naturale che i Chirurghi, contentandosi di un esame superficiale e grossolano, non ne trovino alcuna. È cosa singolare, nel caso nostro, mentre in vita si ostinano a combattere i molini a vento, aggravando ad oltranza la sorte delle loro vittime, fatta la sezione, riferiscono l'esito funesto a fatti puramente nervosi.

Altra cagione frequentissima di morte è la icoremia, o febbre puerperale icoremica. A scanso di equivoci, mi si permetta dichiarare ch'io per febbre puerperale intendo una *febbre da infezione generale acuta* per icoremia. La metrite, la metro-peritonite, la metro-flebite, la perimetrite, la parametrite, come tutte quante le altre affezioni che possono esordire e svolgersi nelle puerpere, potranno dirsi *puerperali*, onde dinotare la imponente caratteristica che assumono per le condizioni speciali

degli organismi in che si manifestano; ma esse non costituiscono la febbre puerperale, sebbene altrettante malattie locali puerperali. Fino a quando non vi ha *discreasia chimica* del sangue, non esiste febbre puerperale. Il CANTANI crede che la *discreasia* puerperale dipenda sempre da icore, e quindi considera la febbre puerperale come una icoremia delle puerpere. GIOVANO e POLLI ne distinguono due specie; la *icoremica*, e la *genuina*, che dipenderebbe da inguinamento per acido lattico. Sebbene sia da convenire che questa seconda specie non fu ancora dimostrata, pure mi sembra non solo possibile, ma eziandio razionale e probabile. E credo inoltre che mentre la prima decorre sempre rapidamente, l'altra dovrebbe manifestarsi subdolamente ed a gradi, in modo da rappresentare direi quasi una febbre puerperale cronica.

Nel caso nostro però trattasi assolutamente di febbre puerperale *icoremica*, che sempre grave per sè stessa, si fa gravissima in seguito alla operazione, che aumenta oltremodo le condizioni predisponenti, e diminuisce la forza di resistenza dell'organismo.

Le discreasie ematogenetiche della gravidanza, la idremia, e le flogosi reattive rappresentano in modo eminente le cause predisponenti della icoremia, prodotta facilmente dalla rapida decomposizione del sangue e delle acque amniotiche versate nella cavità peritoneale, dove ne resta sempre quanto basta per la produzione della infezione, ad onta delle più diligenti precauzioni usate nel portarle via.

La icoremia non localizzata può uccidere in poche ore, ed anche istantaneamente, ma questa forma è molto rara. Ordinariamente si localizza, dando luogo ad ascessi secondari, e ad infiammazioni con essudato purulento negli organi interni e nel tessuto connettivo. In questo caso è frequentissima la peritonite, perchè la infezione icoremica determina essudati purulenti ed ascessi a preferenza negli organi predisposti ad ammalare, e niuno certamente vorrà negare al peritoneo il privilegio di esserlo al maggior grado, e per più ragioni, che non occorre di qui enumerare. Ma questa peritonite di maligna indole è consecutiva, rappresenta una delle tante localizzazioni della infezione,

e logicamente non si può attribuire ad essa la morte della puerpera, come non si dovrebbe attribuirle alla pneumonite lobulare, alla pleurite purulenta, alla meningite, alla parotite, alla parametrite, ed alle altre affezioni nutritizie secondarie. La causa della morte è quella stessa di queste altre affezioni, cioè: la icoremia. La morte avrà luogo più o meno sollecitamente, secondo il grado della infezione, la intensità delle condizioni predisponenti, e principalmente secondo il trattamento curativo.

Da quanto son venuto dicendo sugli esiti, la morte si deve attribuire quasi sempre alla icoremia, ed alla idremia; solo di rado potrebbe essere conseguenza dell'esaurimento nervoso, e della peritonite traumatica, e della grave emorragia. Se questa mia opinione avrà benigna accoglienza dagli ostetrici, son certo che, modificandosi la cura a seconda delle nuove indicazioni, la operazione cesarea darà in avvenire risultati molto soddisfacenti, o per lo meno la sua gravità non sarà maggiore di quella delle altre grandi operazioni.

IX.

CURA CONSECUTIVA.

Prima che avvenga la completa guarigione, che ordinariamente si effettua nello spazio di cinque a sei settimane, ci corre l'obbligo di combattere i vari accidenti che possono sopraggiungere. Il trattamento della ferita non richiede alcuna cura speciale, dovendo essa venir governata non diversamente dalle altre ferite penetranti nell'addome; quindi reputo opera vana farne parola. Dirò solo che i punti di sutura debbono restare fino a completa cicatrizzazione, che di rado avviene per prima intensione; e bisogna rimuoverli a poco a poco, incominciando dalla parte superiore, lasciandovi però le liste di sparadrappo.

Si combatterà il delirio nervoso con i narcotici, usando l'oppio ed i suoi preparati; ma, fra tutti i mezzi finora preconizzati, il più efficace sembrami il laudano amministrato per clisteri, alla dose di 5 o 6 gocce per volta, da ripetersi ogni 4 o 5 ore.

Se gl' infermi fossero agitati da movimenti talmente disordinati, da rendere difficile o pericolosa l'amministrazione dei clisteri, si daranno ogni ora 15 o 20 gocce di laudano in un bicchier d'acqua, o in una pozione aromatica. SCANZONI loda moltissimo l'uso dell'acetato di morfina combinato al solfato di chinino; ma questa formola riesce utile sol perchè modifica le condizioni da cui dipende il delirio.

Avverso la emorragia secondaria bisogna adoperare tutti i mezzi valevoli a favorire la contrazione uterina. Quindi si amministrerà l'ergotina, si eserciterà valida pressione sull'addome, si faranno ripetute frizioni sul collo dell'utero, ecc. e contemporaneamente si farà largo uso degli emostatici, fra' quali riescono di molto vantaggio la limonea idroclorica, i pezzettini di ghiaccio, l'applicazione di compresse fredde sull'addome, o meglio della vescica di neve; ecc. ecc. Questo spiacevolissimo accidente però potrà facilmente evitarsi, se si avrà cura di non procedere alla sutura prima che la ferita sia ridotta, e la contrazione bene stabilita; ed in ogni caso, si potrà prevenirlo, amministrando a tempo i mezzi opportuni.

Contro i processi flogistici, e precipuamente la peritonite, si raccomandano le sottrazioni sanguigne generali e locali, l'oppio, il calomelano, la pomata mercuriale, i purganti, i sudoriferi, ecc. ecc.

Senza ripetere quello che ho detto antecedentemente sulla indicazione del salasso, mi restringo in questo luogo a riferire poche parole del NIEMEYER: ¹ « All'autopsia d'un individuo morto « di una peritonite curata, *lege artis*, secondo il metodo antico, « troviamo per lo più nel cuore e nei vasi una sì scarsa quantità di sangue, che si è propensi ad attribuire al trattamento « terapeutico la colpa maggiore della morte, anzichè alla malattia stessa. » Ed il CANTANI ² dice in modo reciso. « Non ho trovato mai indicato il salasso nella peritonite. » Ognuno comprenderà di leggieri che il salasso, se non è indicato per peritonite svoltasi in individui sani e vigorosi, molto meno potrà

¹ *Patologia e Terapia speciale*. Vol. II, Milano 1866, pag. 305. Trad. del CANTANI. — ² *Ivi* pag. 421.

esserlo nella peritonite puerperale; ed è inutile ch'io m'intrattenga di vantaggio sopra argomento oggi assodato, e che non potrebbe oppugnarsi da chi segue i progressi della medicina. Dicasi altrettanto dei salassi locali, quantunque, nelle ordinarie condizioni di vita, essi potessero esercitare una salutare influenza come mezzo di cura sintomatica.

Il NAEGELE¹ dice chiaramente che tutte le operate, curate coi mezzi antiflogistici, morirono senza eccezione.

L'azione antiflogistica dei mercuriali oggi è negata dai più illuminati clinici, ed il loro uso nella peritonite, se non nocivo, sarebbe certamente inutile. Al contrario convengo perfettamente sull'amministrazione dell'oppio e suoi preparati, i quali soddisfano eminentemente la indicazione sintomatica, moderando il dolore, e conseguentemente i movimenti peristaltici dell'intestino, dipendenti da azione riflessa.

I purganti meritano di essere proscritti, avendo dimostrato la sana esperienza che, dopo il loro uso, la peritonite si diffonde e si aggrava maggiormente. Però qualora la peritonite fosse prodotta, o favorita da accumulo di feci, si deve dare qualche lieve eccoprotoico per soddisfare la indicazione causale. In questo caso, i purganti non sono affatto controindicati, anzi riescono molto proficui; ed io ho potuto più volte assicurarmene in quei rincontri, in cui la ritenzione delle feci complicava od aggravava la peritonite. A meglio comprovarlo, voglio riferire un fatto importantissimo sotto questo punto di vista. Nell'ospedale dei Pellegrini, son circa due mesi, un infermo fu preso da peritonite traumatica, in seguito a ferita penetrante nell'addome con lesione dell'intestino. Il Prof. VIANICCHI, che ne aveva fatto la sutura, avendo riconosciuto la ritenzione di materie fecali, non esitò, con quel tanto squisito criterio clinico che lo distingue, ad amministrare l'olio di ricino. E, malgrado gl'infausti prognostici dei pedanti, segui alle abbondanti defecazioni notevole miglioramento del malato, e la guarigione venne assai più presto che non si sperava.

Circa l'applicazione dei cataplasmi sull'addome si va di

¹ *Leitrbuch der Geburtshülfe* 6^a ediz. 1867, pag. 407.

accordo; ma alcuni li vogliono caldi, altri freddi. Io credo che abbiano tutti ragione, con la differenza però che i cataplasmi freddi sono utilissimi a primo tempo, non essendo più tardi tollerati che poco o nulla; mentre allora recano molto sollievo, e sono da adoperarsi i caldi, a condizione che non esercitino molto peso sulle pareti addominali.

OZANAM raccomanda di spalmare sull'addome, e di ora in ora, il collodion a larghi strati, assicurando che egli e JOUSSET, guarirono con questo metodo, ed in modo veramente meraviglioso, parecchi casi di peritonite da perforazione, e gravissime peritoniti puerperali. Finora mancano osservazioni sufficienti in favore di questo trattamento, ed io inclino a credere che i signori OZANAM e JOUSSET erravano nella diagnosi, non sembrandomi possibili i miracoli attribuiti all'uso del collodion. Non nego però che possa giovare immensamente nella cura sintomatica, poichè per l'etere, che contiene, agisce da anestetico, e calma il dolore. A soddisfare questa indicazione STOLTZ aveva già proposto le docciature di etere, e MICHAELIS la frequente amministrazione interna di pezzettini di neve.

Sempre nella falsa credenza che la morte dipenda quasi sempre da peritonite, onde prevenirla, od almeno renderla meno temibile, METZ ricopre il ventre, immediatamente dopo la operazione con compresse bagnate in acqua fredda, sostituendovi poche ore dopo l'applicazione di vesciche ripiene di ghiaccio. Contemporaneamente prescrive lavativi di acqua gelata, l'uso non interrotto di pezzettini di neve, l'oppio ad alte dosi, e l'emulsione gommosa con estratto di giusquiamo ed acqua di mandorle amare. Su otto operate trattate a questa guisa, METZ afferma di averne perduta una sola; sarebbero egualmente guarite le due donne operate da VOSSEN, e le altre tre operate da KILIAN, da GENTZ, e da KESSELKAUL.

L'uso del freddo continuato senza interruzione, è certamente di altissima utilità, perchè mentre riesce antiflogistico per eccellenza, modera il sistema nervoso, rialza le forze, ed impedisce la produzione della emorragia secondaria. Ma con tutti questi vantaggi non merita poi la confidenza accordatagli dall'abile chirurgo di AIX-LA-CHAPELLE, e le statistiche delle operate

trattate a questa maniera, non offrono risultati più lusinghieri.

La cura della icoremia, e delle sue produzioni, sarà tutta sintomatica, sebbene da essa vi sia poco o nulla a sperare. Del resto si possono amministrarle le limonee minerali o vegetali, il bi-solfato di chinina, l'oppio, ed i solfiti. La chinina, le limonee, ed i solfiti possono giovare come anti-settici; l'oppio vale a combattere la diarrea, quando fosse troppo copiosa; se vi fosse a temere la paralisi del cuore, si dovrebbe amministrarle qualche eccitante; in caso di mania puerperale riuscirebbero utili la cuffia di neve, e le docciature fredde sul capo. Circa i solfiti, tanto decantati dal Polli, debbo dire che finora non mi hanno dato alcuna prova di loro utilità, sebbene io ne avessi usato con frequenza, e largamente. Son lieto di trovarmi di accordo su questo particolare con l'egregio Prof. CANTANI, ¹ il quale dice: « Ma pur troppo devo dire che i solfiti adoprati da me « giornalmente come profilattico otto giorni prima del parto, « e poi durante tutta la malattia, fino alla dose di 20 a 25 « grammi al giorno, non hanno giovato mai nulla, e che le « puerpere morirono come se non fossero state curate. » I purganti drastici a larga dose, suggeriti nella idea di eliminare dall'organismo il virus infettante, debbono assolutamente bandirsi dalla pratica, perchè provocando copiose diarreë riuscirebbero di grave nocumento. Sono egualmente da proscrivere le applicazioni mercuriali, i vescicanti, le sanguisughe, ed i lassivi, i quali, accrescendo l'esaurimento dell'organismo, accelererebbero la fine delle pazienti.

Riassumendo le cose dette, mi pare che la cura consecutiva si possa ridurre in tutti i casi all'uso di pochi mezzi. Esternamente: applicazione continuata del freddo, fino alla tolleranza, e collodion. Internamente: solfato di chinina, oppio, limonee, e pezzetti di ghiaccio.

Nei casi di guarigione, la convalescenza è lunghissima, e frequentemente gli errori dietetici hanno ucciso operate, che avevano felicemente superato i pericoli della operazione. Durante

¹ Addizioni e note originali alla 2ª edizione italiana di NIEMEYER — Milano, 1866, p. 962.

la convalescenza è utilissima la medicazione tonico-analeptica, perciò si darà con vantaggio la decozione di china e il ferro, i buoni cibi, e tutto ciò che è prescritto nella dieta ricostituente.

X.

DELLA OPERAZIONE CESAREA DA ME OPERATA.

A complemento del mio lavoro, ho creduto utile aggiungere la relazione della operazione, che ebbi la opportunità di eseguire, poichè essa potrà illustrare molte quistioni, e rettificare alquante opinioni ritenute per esatte, senza che alcuno al mondo siasi occupato di verificarle o discuterle.

Nel dì 6 Marzo era ricevuta nella Sala di maternità di questo sifilicomio la nominata *Vincenza Reitano* di anni 21, di lo-devole costituzione, mal conformata, nata in Napoli da genitori sani. Alta appena un metro e 18 centimetri, questa nana offriva, nel dì 2 aprile, le seguenti proporzioni nelle altre parti del corpo: dal vertice al pube 0^m, 68, dal vertice all'ombelico 0^m, 62, nel diametro bi-acromiale 0^m, 30, nel bisiliaco 0^m 68; dal fondo dell'utero al pube in linea retta 0^m, 23, ed in linea curva seguendo la superficie del ventre 0^m, 37; dall'uno all'altro fianco in linea retta 0^m, 24, ed in linea curva 0^m, 47.

Esaminata accuratamente nel giorno seguente alla sua ammissione, non fu possibile raccogliere alcun dato subbiiettivo per la diagnostica dell'epoca della gravidanza, perchè la *Reitano*, per lo addietro già monomaniaca, ora nello stato di quasi completa imbecillità. Ma lo stato della cicatrice ombelicale, il volume del ventre, l'altezza del fondo dell'utero, ed i segni forniti dalla esplorazione vaginale, mi permisero, tenendo conto delle differenze relative alla mala conformazione, ed allo sviluppo del corpo e dell'addome, di riconoscere che la gravidanza raggiungeva ormai la fine dell'ottavo mese.

Il palpeggiamento addominale mi fece riconoscere, mediante la pressione mobilizzata ed il doppio ballottamento, la esistenza del tumore cefalico nella regione ipogastrica, ed un poco più a

sinistra che a destra; in alto ed a destra dello addome si percepivano con la massima chiarezza dei piccoli tumori mobili, spostabili facilmente sotto la mano esploratrice, che poteva in alcuni momenti circoscriverli perfettamente, e riconoscere in essi i piedi del feto. Sebbene questi dati fossero sufficientissimi a dimostrare la presentazione indiretta del vertice, in posizione occipito-iliaca sinistra, pure stimai doveroso consultare anche l'ascoltazione, la quale confermava in modo evidente la nostra diagnosi. A livello della cicatrice ombelicale, e circa un centimetro verso sinistra, si percepiva chiaramente il massimo d'intensità del rumore cardiaco che si estendeva in basso fin presso al tumore cefalico.

Nei giorni successivi, alla presenza di parecchi giovani medici che onorano il mio studio privato, praticai reiteratamente la pelvimetria esterna ed interna, onde fissare la indicazione reclamata dal vizio di conformazione, ed ottenni i seguenti risultati:

DISTRETTO SUPERIORE	
PELVIMETRIA ESTERNA	1° Diametro antero-posteriore. 0 ^m , 16
	2° trasverso 0 ^m , 32
	3° obliquo destro. 0 ^m , 20
	4° * * sinistro 0 ^m , 22
DISTRETTO INFERIORE	
PELVIMETRIA INTERNA	1° Diametro antero-posteriore . . . , . . . 0 ^m , 03
	2° trasverso. 0 ^m , 07

Con la pelvimetria interna, fatta col pelvimetro di *Van-Huevel*, trovai il diametro antero-posteriore dello stretto superiore di 0^m, 038, il diagonale sinistro di 0^m, 093, il diagonale destro di 0^m, 092, la corda sacro-cotiloidea destra di 0^m, 032, e la corda sacro-cotiloidea sinistra di 0^m, 062. La pelvimetria interna manuale mi offrì gli stessi risultati della esterna circa le dimensioni dei diametri dello stretto inferiore, e dal promontorio al

marginale inferiore della sinfisi pubica 0^m, 074. Ponendo a calcolo l'altezza e la inclinazione della sinfisi, il diametro antero-posteriore dello stretto superiore non poteva avere che le dimensioni fornite dalla pelvimetria interna strumentale, poichè tutto al più non si poteva sottrarre oltre 0^m, 016, dalla distanza ottenuta. Il sacro, volto leggermente a destra con la sua base, mostrava la sua concavità alquanto esagerata; e le fosse cotiloidee, respinte in dentro, davano una direzione rettilinea alle pareti antero-laterali del bacino.

Causa del vizio di conformazione era evidentemente il rachitismo; poichè, a prescindere dalla forma del bacino, e dalla resistenza delle ossa, esistevano fin dalla infanzia orribili deformazioni negli arti inferiori, mentre i superiori, e la colonna vertebrale, non presentavano alcuna alterazione. I femori, ridotti moltissimo in lunghezza relativamente alle altre parti dello scheletro, erano contorti in più sensi, offrendo la maggiore curvatura a concavità interna; le ossa della gamba, curvate in senso inverso, erano maggiormente ridotte e deformate.

Essendo il feto vivente, e la gravidanza quasi al nono mese, per me la indicazione era formale, e fissai di praticare a termine la *gastro-isterotomia*. Però, trattandosi d'indicazione condizionata, avrei dovuto consultare la paziente per ottenerne l'assenso, ma me ne astenni, avuto riguardo alle sue condizioni psichiche.

Senza porre tempo in mezzo le prescrissi la cura tonica (china e ferro), ed un'alimentazione corroborante, la cui mercè migliorarono gradatamente, ed in modo notevole, le sue condizioni generali. Mentre per lo addietro era pallida e magra, pochi giorni prima della operazione la si vedeva ben nutrita e rubiconda.

Manifestatesi dal 1° aprile le prime *mosche*, cercai di favorire la dilatazione del collo con bagni tiepidi, con iniezioni vaginali, e con applicazione di pomata di belladonna sul collo dell'utero. Ed in pari tempo, appena la contrazione si mostrava più viva, la moderava col riposo, colla limonea minerale, con clisteri laudanizzati, e con l'amministrazione dell'oppio puro. Così facendo, mi fu facile ottenere, prima che cominciasse il travaglio,

una dilatazione quanto una moneta da una lira; e la sera del 7, chiamato urgentemente nell' Ospedale, perchè le contrazioni minacciavano di assumere il carattere delle dilatanti, prescrissi a maggior dose i mezzi suindicati, e fissai senz'altro di operarla nel mattino vegnente.

Nelle alte ore della notte le contrazioni erano cessate completamente, ed al mio arrivo mi riuscì di notarne appena qualcuna insensibile, ed a lunghi intervalli. Ciò nonostante mi determinai ad operare, convinto che non fosse indispensabile attendere la manifestazione del travaglio. Volli ripetere l' ascoltazione per assicurarmi nuovamente della vita del feto, ed ottenni i più soddisfacenti risultati, verificati anche da alcuni dei molti colleghi, che vollero onorarli di loro presenza. Il feto conservava la posizione già indicata, il doppio battito si percepiva sempre nello stesso sito, ed il romore placentare si udiva distintamente sulle due fosse iliache, senza che fosse dato di sentirlo affatto negli altri punti della superficie addominale.

Essendo tutto disposto per la operazione, alle nove a. m. feci trasportare la operanda sul letto a ciò preparato; e mentre si faceva la eterizzazione dall'aiutante che ne era incaricato, io vuotai la vescica, tornai nuovamente ad assicurarmi della vita del feto, e, mediante la percussione, mi persuasi che niun'ansa intestinale si frapponeva tra l'utero e le pareti addominali. Allora, senza indugio ulteriore, assistito dai Professori GIAXNONE ed ARMANI, e da altri valentissimi Dottori, feci una incisione di 0^m, 14 nelle pareti addominali dal disopra dell'ombelico a tre centimetri dal pube; e cominciandola a due centimetri dalla linea bianca, ed a sinistra, la condussi in basso obliquamente, in modo da terminarla a poche linee di distanza dalla linea mediana. Immediatamente dopo incisi alla stessa guisa il peritoneo, e, messo l'utero allo scoperto, praticai nella parte superiore del suo terzo medio, e parallelamente al suo asse longitudinale, una incisione di circa due centimetri, nella idea di mettere in questo punto l'uovo allo scoperto. Ma, quando già era per raggiungere questo scopo, la grande copia di sangue fornita dalla ferita uterina mi consigliò di fare la perforazione delle membrane, che praticai dal collo dell'utero mediante una

sonda uterina. L'utero si contrasse alcun poco, ed io completai subito la incisione, dalla quale zampillava sangue in buon dato, e per tutta quanta la sua lunghezza, per inserzione della placenta sulla faccia anteriore dell'utero. Il caso era grave, e perciò senza remora alcuna ne feci lo scollamento, che immediatamente pose termine alla emorragia. Avrei dovuto attendere in questo tempo che la contrazione uterina si dichiarasse meglio, ma la interruzione della circolazione utero-placentare non mi permise di dilazionare la estrazione del feto, la cui vita poteva essere compromessa da un momento all'altro. La sua estrazione fu facilissima, e la esegui tirando sulla testa, che trovavasi in corrispondenza della ferita. Affidando il feto ad un aiutante, incaricato di amministrarli più tardi le cure necessarie, feci subito la recisione del cordone; e mentre altro aiutante detergeva la superficie sanguinante della ferita, io mi occupava a provocare la contrazione con l'applicazione del ghiaccio.

Ridotto l'utero sufficientemente, estraesi la placenta e gli avanzi delle membrane, ed insistendo sull'uso della vesciva ripiena di neve pesta, vidi in breve ora la ferita uterina ridursi alle dimensioni di circa due centimetri durante la contrazione mentre nel tempo della intermittenza le dimensioni aumentavano un poco, e le labbra si discostavano arrovesciandosi leggermente in fuori. Allora, mediante finissima spugna, ritolsi dalla cavità peritoneale i liquidi in ossa versati, ad onta della diligenza usata, e subito dopo mi accinsi alla sutura addominale.

Preferii la sutura incavigliata, senza comprendervi il peritoneo, e, dopo passati gli aghi, affidai il resto all'egregio Professore GIANNONE, che fece una medicatura modello. Mi corre pure l'obbligo di rendere i miei cordiali ringraziamenti al Professore SCHNÖN, che si compiacque di riunire le labbra della ferita addominale con sutura a soprammano, ch'egli esegui con quella maestria che bellamente lo distingue.

Nella medicatura, oltre alle liste di sparadrappo interposte ai punti della sutura incavigliata, ci servimmo pure della fascia a corpo raccomandata da LEBLEU. Ricondotta la operata sul letto che occupava nella Sala da puerperio, e situatala orizzontalmente, con gli arti inferiori in semiflessione, e la testa

alquanto sollevata, prescrissi clisteri freddi, l'applicazione continuata della vescica di neve sull'addome, ed internamente la limonea minerale e l'amministrazione frequente di pillole di ghiaccio.

La sera trovai l'inferma in uno stato molto soddisfacente, e di notevole non altro che lieve depressione di polsi, e cefalea. Aggiunsi alle altre prescrizioni quella dell'oppio e del solfato di chinina. Al secondo giorno, essendo il polso normale, e la malata in condizioni lodevolissime, feci continuare lo stesso trattamento. Nel terzo giorno le cose procedevano anche bene; però la malata mal tollerava la posizione supina, ed aveva alquanta sete. Avendo rimosso l'apparecchio, trovai la ferita completamente cicatrizzata, e l'addome leggermente meteorizzato; ma usando anche profonda pressione non riusciva determinare nè dolore, nè altra molesta sensazione. Verso sera la scena cominciò a cambiare di aspetto; l'operata accusava dolore nella regione lombare, i polsi apparivano più piccoli e frequenti (100 a 120 battiti al minuto), la temperatura di circa 40°C, il meteorismo più avanzato, la sete più viva, nè mancavano nausea e vomitazioni, e qualche brivido di freddo. In questo stato di cose, feci sospendere l'uso della vescica di neve, aumentai la dose del solfato e dell'oppio, prescrissi qualche clistere per provocare la defecazione, ed amministrai una buona tazza di brodo. La inferma sembrò più sollevata, e la notte dormì tranquillamente.

Nel mattino seguente lo stato della malata era presso a poco quello della sera precedente, se ne toglie la maggiore frequenza dei polsi, pochi brividi più intensi di quelli della sera, ed un poco di affanno. Al trattamento dei giorni precedenti aggiunsi solo l'uso dei solfiti, non perchè li stimassi di qualche efficacia, ma solo per non aver nulla a rimproverarmi.

La sera trovai la malata molto aggravata; il polso era piccolo e frequentissimo, talvolta evanescente, la lingua asciutissima, il naso affilato, gli occhi vitrei e circondati da aloni bluastri, vi era pure coma alternato con subdelirio, ed affanno pronunziatissimo; domandata se avvertiva malessere rispose negativamente, non aveva sete, non avvertiva nè dolori, nè

cefalea; richiesta se volesse prendere un tuorlo d'uovo spezzato nel caffè, disse che sì, ed avutolo lo trangugiò in un momento. Siccome non ci era da illudersi sulla gravezza del suo stato, ne feci avvertire il Cappellano, il quale però non giunse in tempo, chè la morte la incolse inaspettatamente, in modo veramente fulmineo. I vari fenomeni manifestatisi nel decorso della malattia erano raccolti con la massima esattezza dal diligentissimo dottor GIULIO LEPI, che restato quasi a permanenza presso l'inferma sorvegliava anche il trattamento, ed al quale devo pure rendere le dovute lodi, ed i più vivi ringraziamenti per le amorevoli cure prodigate all'inferma, e per la intelligente cooperazione con cui secondò i miei sforzi.

Sezione cadaverica. Acciò fossero meglio valutate le lesioni *notomico-patologiche*, invitai all'autopsia il Prof. SCHÖN, che gentilmente intervenne, ed ebbe la compiacenza di farla eseguire dai suoi valentissimi coadiutori. Erano anche presenti tutti i Professori del Sifilicomio, e vari altri.

Aperta la cavità addominale, vi si rinvennero abbondanti essudati siero-fibrinosi torbidi e sanguigni; e la superficie del peritoneo si vedeva ricoperta da ricco essudato purulento. I muscoli addominali, pallidi scolorati e flaccidi, contenevano nei loro interstizi estesi infiltramenti purulenti; le intestina, il fegato e la milza apparivano nella loro superficie pallidi, e leggermente infiltrati di siero; il diaframma era respinto in alto fin presso alle terze costole, in guisa da comprimere grandemente i polmoni. L'utero presentava manifestamente le tracce della endometrite essudativa, ed i margini della sua ferita erano ricoperti da abbondante essudato icoremico. Essendo queste lesioni bastanti a farci riconoscere la causa della morte, fu reputato superfluo aprire le altre cavità.

La ferita addominale fu trovata perfettamente cicatrizzata, e le dimensioni dei vari diametri del bacino corrispondevano a capello a quelle accertate con la pelvimetria.

Dalla sintomatologia, dal decorso, e dal reperto anatomico, mi sembra chiaro doversi attribuire la morte alla icoremia, che col VIRCHOW considero come sinonima di septicemia. L'Egregio Prof. CANTANI dinota per *icoremia* la sola piemia acuta per

riassorbimento icoroso nel sangue, ossia per infezione purulenta, riserbando la parola septicemia per dinotare un altro stato morboso, costituito da vera paralisi generale della nutrizione dell'organismo, con abolizione del ricambio materiale del sangue (*dissoluzione del sangue*). Sebbene io condivida la opinione del CANTANI, perchè razionale, ed eminentemente clinica, pure, essendo accolte universalmente le idee del VIRCHOW sul concetto della *piemia*, io mi reputo nel dovere di ritenere la nomenclatura da lui adottata per indicarne i tre diversi processi, in cui la distingue, facendo voti che presto le idee del CANTANI vengano accettate dagl' illuminati seguaci della scuola sperimentale.

L'esito infausto di questa operazione potrebbe invalidare le idee da me esposte trattando della cura preparatoria, e degli esiti della operazione; ma laddove si consideri il poco tempo concessomi per modificare le condizioni generali della paziente, e la perdita abbondantissima di sangue per inserzione della placenta sulla faccia anteriore dell'utero, sarà evidente, a meno che la passione non faccia velo alla mente, che il poco vantaggio conseguito dalla cura preparatoria fu largamente neutralizzato dalla idremia consecutiva. Io insisto vivamente sulle considerazioni da me esposte, e sono intimamente convinto che operandosi in condizioni favorevoli, e combattendo a tempo la discrasia ematogenetica della gravidanza, la operazione cesarea darà risultati molto più soddisfacenti di quelli finora conseguiti.

Ma non basta modificare la discrasia ematogenetica per conseguire un esito felice, è altresì indispensabile evitare il versamento, o renderlo più discreto; poichè, per quanta diligenza si possa usare, sempre qualche poco di liquido organico si versa nella cavità peritoneale, e putrefacendosi dà poi luogo alla icoremia.

Essendo inefficaci tutti i mezzi finora proposti, e potendo la morte avvenire anche quando operandosi si adottano i più sani precetti, io credo che potrebbe rendersi meno grave il versamento avvenuto durante la operazione, aspirandosi i liquidi versati col mezzo di un sifone di gomma. E ad impedire che dopo la operazione si verifichi versamento, si dovrebbe seguire il consiglio di E. MARTIN, che raccomanda di comprendere nella

sutura addominale anche le pareti uterine. Sebbene io penso che sarebbe da seguire la pratica adoperata per l'apertura degli ascessi epatici, potendosi con un poco di accorgimento evitare le anse intestinali, che potessero giacere fra l'utero e le pareti addominali.

Non ho mancato d'istituire una serie di esperimenti per giungere al riguardo ad una conclusione; ma i dati finora raccolti, e lo scarso numero degli esperimenti eseguiti, non ne autorizzano in questo momento ad emettere un giudizio. Avendone l'agio continuerò le intraprese ricerche, nella lusinga di contribuire a rendere più mite una operazione, che potrebbe giovare moltissimo all'umanità, augurandomi che gli altri cultori della ostetricia vorranno secondare i miei deboli sforzi, associandovi la valevolissima loro cooperazione.

XI.

SOMMARIO.

La operazione cesarea o *gastro-isterotomia*, consistente nella estrazione del feto dalla incisione praticata nelle pareti utero-addominali, va distinta dalla *gastrotomia*, e dalla *vagino-isterotomia*.

Prima di praticarsi sulla donna vivente, era già praticata sul cadavere di donna morta negli alti mesi di gravidanza, o durante il travaglio. Tanto la origine della operazione che la etimologia della parola *cesarea* sono avvolte nelle tenebre.

È incerto in che epoca fosse per la prima volta praticata la operazione sulla donna vivente, ma sembra più probabile la opinione di quelli, che vogliono fissarla alla fine del secolo decimoquinto.

La operazione ebbe fautori, e detrattori; gli uni ne esagerarono i vantaggi, e gli altri gl'inconvenienti. Anche oggi gli ostetrici sono divisi in due campi, ma la si pratica presso tutti i popoli civili, nei casi di precisa indicazione.

Sebbene gravissima, la operazione dev'essere conservata, e numerose osservazioni ne dimostrano tutta la utilità.

Gl'insuccessi superano le felici riuscite, ed il rapporto di mortalità sembra variare nei varii paesi, sebbene la differenza dipenda da condizioni indipendenti da influenze locali. La media desunta da tutte le statistiche è del sessantadue per cento; ma, tutto calcolato, sembra potersi ritenere che la operazione uccida almeno quattro quinti delle operate.

Relativamente al feto il risultato è molto più lusinghiero, ed operandosi a feto vivo, prima o poco dopo la rottura delle membrane, il feto sarà sempre salvo.

Le indicazioni della operazione, una volta moltiplicate a dismisura, sono oggi circoscritte in limiti ragionevoli. Essa è indicata o per morte della madre, o per angustia delle vie di espulsione.

Operandosi per *morte della madre*, deve farsi la operazione appena avvenuta la morte, onde poter salvare il feto, che tutto al più sopravvive per pochi minuti alla madre. Molti feti furono estratti viventi in questa guisa, ma questi casi sono eccezionali, chè ordinariamente il feto muore prima della madre, o contemporaneamente.

Bisogna operare quando è assicurata la vitalità del feto, e perciò solo quando la donna muore dopo la fine del sesto mese.

Essendo frequente la morte apparente nelle gravide, prima di operare bisogna assicurarsi della morte reale, onde non esporsi al pericolo, pur troppo verificatosi più volte, di ucciderla con l'apertura del ventre.

Se la morte avesse luogo durante il travaglio, e la dilatazione del collo uterino lo permettesse, converrebbe estrarre il feto per le vie naturali. Il parto forzato, consigliato quando il collo non fosse sufficientemente preparato, deve proscriversi, salvo se la testa del feto fosse talmente impegnata nella scavazione da non poter essere ricondotta in alto.

La morte del feto controindica la operazione, ma non essendo sempre dato diagnosticarla con certezza, si deve farla malgrado la mancanza dei segni della vita del feto.

La indicazione per *angustia delle vie di espulsione* può essere assoluta o relativa. Dicesi *assoluta* quando le dimensioni del bacino non permettono il passaggio del feto a termine, sia anche

morto e diminuito di volume; e *relativa* quando non è possibile altrimenti la estrazione di un feto vivente.

Non si è di accordo nel fissare i limiti della indicazione *assoluta*, ch'io stabilisco fino a $O^m,047$, credendo che al disotto di queste dimensioni si debba fare sempre la operazione cesarea.

Ad evitare la *gastro-isterotomia*, nei casi di vizio estremo, fu proposta la pelviotomia, la resezione sotto-periosteale delle ossa pubiche, ed il connubio tra la sinfisiotomia e la embriotomia. Finora però queste operazioni non godono la sanzione clinica; e quantunque sembri che sieno condannate all'oblio, conviene attendere altri esperimenti per pronunziarsi definitivamente sul loro valore.

Nel corso della gravidanza, avendosi la opportunità di esaminare la donna fin dai primi mesi, si è proposto l'aborto artefatto. Ma, ad onta che tale opinione sia abbracciata dalla pluralità degli ostetrici, io credo che in questo caso l'aborto sia un delitto.

Qualcuno consiglia, quando il bacino ha almeno $O^m,041$, il parto prematuro combinato alla sinfisiotomia. Attendendo che questa proposta sia giustificata dai fatti, ora non si deve accoglierla favorevolmente.

La indicazione *relativa* si estende fino a quel grado di angustia, che rende proficua la sinfisiotomia, la quale gode ancora il favore dei pratici coscienziosi, sebbene i Tedeschi neppure la registrino nelle loro opere. Nei restringimenti antero-posteriori la sinfisiotomia non deve praticarsi al disotto di 2 pollici e mezzo; negli altri si potrebbe tentarla fino a 2 pollici. Quindi la indicazione relativa della operazione cesarea si estende da $O^m,047$, a $O^m,068$.

Durante il travaglio, a feto morto si farà la *cefalotripsia ripetuta senza trazione*, operandosi però a principio del travaglio, se si vuole trarre partito da questo metodo; a feto vivente bisogna fare sempre la *gastro-isterotomia*, previo il consenso della operanda.

Nel corso della gravidanza possiamo giovarci di due mezzi per evitare a termine la operazione cesarea. Da $O^m,068$ a $O^m,061$ possiamo fare il parto prematuro, e da queste ultime dimensioni

a 0^m,047 ci gioveremo dell'alleanza proposta tra la sinfisiotomia ed il parto prematuro.

Potendo moltissime circostanze modificare ciò che si è detto circa le indicazioni, spetta al clinico mettere a calcolo le varie condizioni speciali, e solo dopo maturo esame egli si deciderà ad operare, senza trascurare di consultare prima uomini competenti.

Oltre a ciò, anche le cause dell'angustia pelvica possono modificare la indicazione. Se il restringimento fosse cagionato da osteomalacia, nel periodo di rammollimento la cedevolezza delle ossa potrebbe dar luogo a parto spontaneo, anche quando il bacino fosse grandemente ristretto. Però, siccome una aspettazione prolungata non sarebbe meno pericolosa del sollecito intervento, è necessario assicurarsi bene della esistenza della malattia, e del grado di rammollimento delle ossa. L'osteomalacia può confondersi solo col rachitismo, da cui è facile distinguér-la. In quanto al grado di rammollimento possiamo clinicamente distinguerne due forme: la *fratturosa*, e la *cerosa*. Nella prima le ossa sono più resistenti e friabili, e bisogna contare poco nelle forze dell'organismo; nell'altra al contrario le ossa si piegano come cera molle, e si può confidare nelle naturali risorse anche nei massimi restringimenti, e qualora il parto non avvenisse spontaneamente, o mercé l'uso del forcipe, sarebbe sempre da anteporsi la sinfisiotomia alla operazione cesarea.

Nei casi in cui il restringimento dipende da ostruzione delle vie di espulsione, la indicazione varia secondo la causa, che può essere rappresentata da *intra-lussazione* del capo del femore, da viziosa consolidazione, e da neoformazioni del bacino, o degli organi in esso contenuti.

Nel caso d'*intra-lussazione* della testa del femore, laddove il grado del restringimento richiedesse la *gastro-isterotomia*, l'ostacolo può essere rimosso mediante la resezione. Se la ostruzione dipende da viziosa consolidazione, le indicazioni sono quelle stesse stabilite per le cattive conformazioni.

Fra tutte le *neoformazioni del bacino* le più frequenti ad incontrarsi sono l'*esostosi* ed il *carcinoma*. È difficile differenziare

la esostosi dalle altre novelle produzioni dell'osso, ed in clinica il più delle volte è impossibile, ma sotto il rapporto ostetrico ciò ha poco o niun valore. In tutti i casi le indicazioni sono identiche a quelle reclamate dalle cattive conformazioni, tranne se si trattasse di esostosi peduncolate o osteofitiformi, e di osteofiti stiloidei o spinosi. In questi casi, se il minor diametro presenta le dimensioni volute dalla gastro-isterotomia, e le produzioni in discorso fossero accessibili, si dovrebbe farne la resezione, a meno che l'utero non fosse talmente impegnato nella scavazione da renderne impossibile la esecuzione. Quando poi non fossero accessibili, e l'utero non ancora impegnato, converrebbe la operazione cesarea, ancorchè le dimensioni del bacino permettessero di assolvere il parto con gli altri compensi dell'arte.

Sono pochi i casi autentici di carcinoma delle ossa del bacino, e la diagnosi, piuttosto facile nel periodo della rapida evoluzione, è difficilissima nel suo esordire. A feto vivente non si deve giammai affidare il parto alla natura, fidando sulla compressibilità del tumore. Invece si dovrebbe far sempre la gastro-isterotomia, i cui limiti d'indicazione in questi casi debbono essere elevati almeno fino a 3 pollici meno un quarto.

Le sole neoformazioni dell'utero che potrebbero rendere necessario il parto cesareo sono: il fibroma, ed il carcinoma. Il fibroma è frequentissimo, e può aver sede in tutti i punti dell'organo. Quelli che hanno sede nel collo sogliono provocare l'aborto, ma meno spesso di quanto si crede; se la gravidanza non resta interrotta, possono rendere il parto difficile o impossibile, sebbene talvolta questo si verificò naturalmente. Se la espulsione o la estrazione del feto sono impossibili, bisogna estirpare od incidere il tumore, tranne quando avesse sede nel corpo. In questa circostanza, o quando la sede del tumore non può riconoscersi con precisione, se le vie di espulsione avranno un diametro minore di due pollici e mezzo, e la neoformazione non sia depressibile, a feto morto sarà indicata la embriotomia, ed a feto vivente la operazione cesarea.

Il carcinoma dell'utero, sempre mortale, si presenta spesso, anzi sembra la più frequente delle malattie uterine.

Ordinariamente ha sede nel collo, ma non si può negarne la possibile esistenza nelle pareti dell'organo. Se è poco esteso può permettere il parto spontaneo, anche quando ha sede nel corpo. Manifestandosi sul collo per lo più rende il parto difficile e pericoloso, meno per la ostruzione delle vie di espulsione che per la difficile dilatazione del collo. Talvolta potendo la dilatazione farsi a spese della parte sana, si verifica il parto spontaneamente; ma se 4 o 5 ore dopo la natura è impotente, si dovrebbe coadiuvarla facendo delle incisioni multiple sul collo, le quali potrebbero riuscire utili solo quando il collo fosse molto assottigliato, ed il cancro, limitato ad un sol labbro, fosse piccolo. In tutti gli altri casi non si dovrebbe esitare un momento a fare la gastro-isterotomia, anche quando il restringimento fosse minore del limite superiore richiesto da questa operazione. A feto morto sarebbero da preferirsi il forcipe, il rivolgimento, e la embriotomia.

Le neoformazioni che più spesso sogliono esordire nelle ovaia sono le cisti di tutte le specie, e sembrano anche più frequenti di tutte le altre malattie delle donne. Possono essere più o meno grandi, libere e aderenti, e contenere sostanze di varia natura e consistenza. Restando allo stretto superiore, tutto al più possono dar luogo all'aborto, o al parto prematuro; se invece s'impegnano nella escavazione possono rendere il parto difficilissimo o impossibile per le vie naturali. In quest'ultimo caso, le indicazioni variano secondo il contenuto della cisti, e secondo che essa è mobile o non. La respingeremo in alto se immobile, e la testa del feto non ancora impegnata, mantenendola in sito fino allo impegno della parte che si presenta, o fino a quando riesce di espletare il parto col forcipe o col rivolgimento. Laddove la cisti fosse aderente o irriducibile, si dovrebbe con la massima precisione diagnosticarne la specie, onde stabilire la indicazione. Ciò però è oltremodo difficile, e spesso impossibile; riesce più agevole distinguerla dalle malattie che potrebbero simularla; ed è assolutamente impossibile, quando essa trovasi scesa nel setto retto-vaginale, differenziarla dalla neoformazione cistica svoltasi in questa sede.

Se il contenuto della cisti è liquido tutti vanno di accordo nel

volerne la puntura, ma io credo che la punzione sia ammissibile solo quando la cisti, avente un contenuto tutto liquido, fosse aderente, ovvero quando la testa del feto fosse tanto impegnata nella escavazione da controindicare la operazione cesarea. In tutti gli altri casi io preferisco questa operazione, che salvando il feto potrebbe salvare anche la madre, curandola radicalmente della malattia, mediante la *ooforotomia*. Nè diversamente bisognerebbe regolarsi per le altre neoformazioni ovariche, a feto vivente; la estirpazione consigliata da taluno esporrebbe gravemente i due esseri affidati alle nostre cure, ed è sempre miglior consiglio di praticare la gastro-isterotomia.

Tra tutte le neoformazioni degli altri organigenitali, solo il carcinoma della vagina potrebbe reclamare il parto cesareo, che sarebbe indicato se il tumore non permettesse il passaggio del feto neppure mediante l'uso del forcipe. Al contrario sarebbe controindicato se la vagina potesse dilatarsi convenientemente, o il feto fosse già impegnato nella scavazione, essendo in tali rincontri preferibile di praticare incisioni multiple sul tumore.

Da ultimo le neoplasie di varia natura, che possono manifestarsi nel cellulare intrapelvico, raggiungendo spesso un notevole volume, e non essendo riducibili, riescono più pericolose di quelle che hanno sede nell'ovario. Quasi tutti questi tumori hanno sede nel setto retto-vaginale, e quelli che più frequentemente vi s'incontrano sono i fibromi, detti impropriamente osteosteotomi, o tumori osteiformi. In secondo luogo vengono le cisti, e di rado vi prendono svolgimento le altre neoformazioni. La diagnosi della loro varia natura è difficilissima, ed è quasi impossibile distinguerle da quelle dell'ovario, specialmente dopo l'impegno della testa, o allorchè il tumore ovarico è aderente. I tumori in parola, anche quando riempiono completamente la pelvi, possono permettere il parto naturale; ma nella maggioranza dei casi rendono il parto assolutamente impossibile. Allora le indicazioni sono variabilissime; se trattasi di cisti contenente liquidi, e di un ascesso, se ne farà la puntura o la incisione; se il tumore fosse duro e resistente, ma poco aderente ed accessibile, bisognerebbe farne la estirpazione, aprendosi una via attraverso il perineo.

Questi mezzi sarebbero da preferirsi sempre al taglio cesareo; ma, siccome durante il travaglio del parto è quasi sempre impossibile diagnosticare la sede, la natura e le relazioni del tumore, e nel corso della gravidanza riesce difficilissimo, vorrei che nel dubbio queste neoformazioni fossero trattate come quelle dell' ovario.

In tempo di elezione si vorrebbe che la operazione fosse eseguita a collo dilatato, a travaglio dichiarato, e prima della rottura della borsa delle acque. Io invece vorrei che si operasse appena cominciato il travaglio, o anche prima quantunque il collo non fosse ancora dilatato. Attendere la dilatazione del collo non solo è inutile, ma spesso di grave nocumento. I più consultando le statistiche sono di parere che si debba operare prima della rottura delle membrane; altri al contrario vogliono che si operi dopo lo scolo delle acque, o che si rompa la borsa prima d' intraprendere la operazione. L' uno e l' altro metodo presentano degli inconvenienti, e pare che si potrebbero conciliare utilmente le opposte opinioni, operando prima della rottura della borsa, vuotandola però dalla via della vagina prima di farne la incisione, ed estraendo il feto quando si manifesta la contrazione in modo durevole.

I varii metodi e processi operatorii si riferiscono alla incisione delle pareti uterine. I metodi sono due: il primo, con cui si giunge sull' utero incidendo il peritoneo, comprende cinque processi principali; cioè il laterale, il mediano, il trasversale, il diagonale, e l' indeterminato. Col processo laterale, ch' è il più antico, la incisione va fatta tra il margine esterno di un muscolo retto ed una linea condotta dalla spina iliaca antero-superiore dello stesso lato alla estremità anteriore dell' ultima costola; col processo mediano, si fa incisione della linea alba sul mezzo, e più o meno in fuori; col trasversale la incisione è fatta trasversalmente fra il muscolo retto e la colonna vertebrale, più o meno in alto, secondo la elevazione dell' utero; nel processo diagonale il taglio si esegue obliquamente dalla spina iliaca di un lato all' ultima costola spuria dell' altro lato; l' ultimo consiste in una incisione obliqua fatta sulla protuberanza della testa, spinta contro le pareti addominali dalla mano introdotta negli organi genitali.

Il secondo metodo, col quale si perviene sull' utero senza ledere il peritoneo, comprende tre processi. Il primo consiste in una incisione trasversale dei muscoli larghi dell' addome, al di sopra della cresta iliaca, per giungere sul collo dell' utero scostando il peritoneo; col secondo si fa una incisione orizzontale sul pube; e col terzo s' incomincia la incisione vicino alla spina del pube, prolungandola parallelamente al ligamento di POU-
PART fino al di là della spina iliaca antero-superiore.

I processi del secondo metodo non hanno la sanzione clinica, e sono per lo meno operazioni pericolose e di difficile esecuzione. I due ultimi processi del primo metodo non hanno dato finora alcun felice risultato, e meritano appena di essere ricordati. Degli altri tre merita la preferenza il mediano, che espone ad un minor numero di accidenti; ma per essere certi di evitare i danni, che gli si attribuiscono, si deve fare la incisione lunghezso il margine interno del muscolo retto, ed alquanto obliquamente da sopra in sotto, e da fuori in dentro.

A prevenire le funeste conseguenze della operazione, è buono preparare la operanda opportunamente, se si ha la fortuna di osservarla nel corso della gravidanza. Tutti raccomandano i bagni ed i salassi; ma se i bagni possono giovare per più ragioni, i salassi sono assolutamente controindicati. Invece dei salassi bisogna al contrario prescrivere la cura tonico-analeptica, raccomandare tutta la tranquillità di spirito, e situare la operanda nelle migliori condizioni igieniche.

Prima di intraprendere la operazione si deve disporre tutto l'occorrente, ed in caso d'indicazione relativa assicurarsi di nuovo della vita del feto. Indi, fatta la eterizzazione, s'incidono le pareti addominali per circa cinque pollici, dalla cicatrice ombelicale a tre centimetri dal pube, prolungando il taglio in alto nel caso che le dimensioni dell' addome non consentissero di farlo nei detti confini. La incisione va fatta sempre a sinistra, parallelamente al margine interno del muscolo retto, ed almeno un pollice in fuori della linea mediana nella parte superiore, ed un mezzo centimetro al di là in basso. Il peritoneo s'incide allo stesso modo, e per uguale estensione, usando però la stessa diligenza con cui s'incide il sacco erniario.

Il taglio dell'utero richiede pure molta diligenza, e le membrane debbono essere rispettate accuratamente. La incisione deve cominciare più in alto di quella praticata nelle pareti addominali, e terminare circa un pollice in sopra dell'angolo inferiore di questa. A questa guisa resta favorito il parallelismo delle due ferite, e si evita più agevolmente il versamento peritoneale. Possibilmente il taglio dell'utero dovrebbe cadere nel mezzo del terzo medio; ma il sito della incisione non merita tutta l'importanza che si è voluto accordargli. Né l'esito della operazione dipende dalla cicatrizzazione dell'utero, nè questa dalla maniera di eseguire la incisione. Messo a nudo il sacco delle acque, si dovrà perforarlo dalla via del collo, e mentre le acque vengono fuori si completerà la incisione dell'utero, che gli assistenti ricondurranno immediatamente contro le pareti addominali. Eseguendosi la operazione a membrane rotte, la incisione dev'essere tanto più breve per quanto maggiore è il tempo decorso dallo scolo delle acque. Qualora sotto il taglio si presentasse la placenta, bisogna astenersi dal tagliarla; invece conviene distaccarla dal lato ove aderisce in minor parte, e terminare sollecitamente la operazione. Alcuni consigliano in questi casi di tagliare l'utero nel lato libero; ma siccome non è possibile riconoscere la sede della placenta, si dovrà tagliarlo sempre sulla linea mediana.

La estrazione del feto dovrà seguire immediatamente alla incisione dell'utero, se la contrazione è attiva; in caso contrario bisogna attenderne la manifestazione, tranne quando vi fosse emorragia. Il manuale operativo della estrazione varia secondo la postura del feto, che ordinariamente si presenta spontaneo alla ferita. Laddove la testa restasse nell'utero dopo la estrazione del tronco, e l'utero fortemente contratto si applicasse sul collo, bisogna attendere che si rilasci; ed in caso di contrazione permanente, o quando le condizioni del feto non permetterebbero ulteriore indugio, conviene preferire ai varii mezzi proposti la dilatazione della ferita in uno dei suoi angoli. Venendo fuori anse intestinali se ne farà la riduzione dallo stesso operatore, non convenendo affidarne ad altri la cura. Fatta la estrazione, si reciderà il cordone, affidando il feto ad un assistente incaricato di prestargli le cure necessarie.

La placenta dev' essere estratta subito dopo rotolandola su sè stessa, comportandosi alla stessa guisa per le membrane, se non furono estratte col feto. È preferibile però attendere prima 3 o 6 minuti, onde l' utero si contragga maggiormente, meno nei casi di emorragia. Appena estratta la placenta si porterà via tutto ciò che si trovasse ancora nella cavità uterina, e specialmente bisogna usare diligenza, acciò qualche segmento della borsa non resti aderente all' orificio interno. Essendovi emorragia il miglior mezzo per arrestarla consiste nel provocare la contrazione.

Ridotta la ferita dell' utero alle dimensioni di circa due o tre centimetri, ed essendo cessata la emorragia, si farà la riunione delle pareti addominali con sutura incavigliata, senza comprendere il peritoneo. Ad evitare il versamento furono proposti vari mezzi, che non meritano il nostro suffragio; nè credo sia da seguire la pratica di quelli che adoperano la *sindone*, nè quella degli altri che trascurano la sutura. Completata la sutura si applica il conveniente apparecchio, facendo poi trasportare la operata nel letto da puerperio con tutta la possibile cautela.

La prognosi dev' essere sempre riservata, ed in generale è subordinata a moltissime condizioni che possono esercitare la loro influenza sul risultato della operazione, alle condizioni generali della paziente, al suo stato morale, alla indicazione causale, ed alle condizioni igieniche del luogo ove è praticata la operazione.

L' esito ordinario della operazione è la morte, la quale, se qualche volta può dipendere dagli ordinarii accidenti che complicano la operazione, non pare che sia in correlazione con la ferita delle pareti utero-addominali. Fra gli accidenti consecutivi, il delirio nervoso, la emorragia, e la peritonite potrebbero produrla; ma il più spesso suole essere conseguenza della idremia, e della icoremia.

La cura consecutiva varia secondo gli accidenti che possono sopraggiungere, ed è tutta sintomatica. Avvenendo la guarigione, la convalescenza è di lunghissima durata, e nel suo decorso riesce utilissima la cura tonica, e la vittitazione corroborante.

517223



INDICE

DEFINIZIONE	pag. 1
I. PARTE STORICA	» 2
II. ESTIMAZIONE DELLA OPERAZIONE	» 6
III. INDICAZIONI	» 13
<u>1</u> Indicazione per morte della madre	» 15
<u>2</u> Indicazione per angustia delle vie d'espulsione	» 20
<u>A)</u> Indicazione assoluta	» ivi
<u>a)</u> Nel tempo del parto	» ivi
<u>b)</u> Nel corso della gravidanza	» 28
<u>B)</u> Indicazione relativa	» 36
<u>a)</u> Durante il travaglio del parto	» ivi
<u>1</u> Indicazione relativa durante il travaglio del parto a feto morta	» 42
<u>2</u> Indicazione relativa durante il travaglio del parto a feto vivente	» 43
<u>b)</u> Indicazione relativa durante il corso della gravidanza	» 44
<u>3</u> Indicazione in rapporto alla causa del restringimento	» 49
<u>A)</u> Indicazione nei vizi da ostemalacia	» 50
<u>B)</u> Indicazione nei casi d'ostruzione delle vie di espulsione	» 53
<u>a)</u> Ostruzione da intra-lussazione del capo del femore	» ivi
<u>b)</u> Ostruzione da consolidazioni viziose	» 54
<u>c)</u> Ostruzione da neoformazioni del bacino e degli organi in esso contenuti	» ivi
<u>1</u> Indicazione per neoformazione del bacino	» ivi
<u>α)</u> Esostosi	» ivi
<u>β)</u> Carcinoma	» 60
<u>2</u> Indicazione per neoformazione dei principali organi con- tenuti nella cavità pelvico-addominale	» 63
<u>α)</u> Neoformazioni dell'utero	» 68
Fibroma	» ivi
Carcinoma	» 64
<u>β)</u> Neoformazione dell'ovaia	» 68

d) Indicazione per neoformazione degli altri organi genitali. pag.	74
e) Indicazione per neoformazione di altri organi contenuti nella cavità pelvico-addominale	75
IV. CONDIZIONI FAVOREVOLI AL BUON ESITO DELLA OPERAZIONE	78
V. METODI E PROCESSI OPERATIVI	84
PRIMO METODO	85
Processo laterale	ivi
Processo mediano	ivi
Processo trasversale	86
Processo diagonale.	87
Processo indeterminato	ivi
SECONDO METODO	ivi
Primo processo	ivi
Secondo processo	ivi
Terzo processo	ivi
Valore comparativo	88
VI. CURA PREPARATORIA	93
VII. DELLA MANIERA DI OPERARE LA GASTRO-ISTEROTOMIA	96
1 Primo tempo — apertura della cavità addominale	98
2 Secondo tempo — apertura delle pareti uterine e delle membrane	99
3 Terzo tempo — estrazione del feto.	105
4 Quarto tempo — estrazione della placenta	107
5 Quinto tempo — medicatura	110
VIII. PROGNOSI ED ESITI	115
1 Pronostico	ivi
2 Esiti della operazione	117
IX. CURA CONSECUTIVA	123
X. DELLA OPERAZIONE CESAREA DA ME OPERATA	128
XI. SOMMARIO	136

517223

Stabilimento Tipografico Gblio





